

Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva

Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research

Paulo Knapp,¹ Aaron T Beck^{2,3}

Resumo

Objetivo: Há um interesse crescente no modelo cognitivo de psicoterapia estimulado por grande número de resultados de pesquisa, demonstrando sua eficácia em uma série de transtornos psiquiátricos e distúrbios médicos. Este artigo de revisão objetiva dar um panorama dos fundamentos históricos e filosóficos das abordagens cognitivo-comportamentais contemporâneas, e apontar similaridades e diferenças entre elas. O modelo cognitivo, conforme delineado por Aaron Beck, e alguns dos procedimentos e técnicas cognitivas e comportamentais utilizados em transtornos emocionais serão apresentados. Ao final, resultados de pesquisas e metanálises em relação à eficácia das terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais em vários transtornos psiquiátricos e distúrbios médicos serão relatados brevemente. **Método:** Por meio da revisão de artigos e livros-texto, principalmente dos trabalhos de Aaron Beck dos quais foi extraída a presente revisão, foram descritas as origens e os fundamentos das abordagens cognitivo-comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos e médicos. Através de buscas no Medline de ensaios clínicos randomizados e metanálises, foram apontadas as evidências de eficácia dessa modalidade de tratamento psicoterápico. **Resultados e Conclusões:** As terapias cognitivo-comportamentais em geral, e a terapia cognitiva beckiana em especial, apresentam um fundamento teórico e um conjunto de técnicas cuja eficácia baseada em evidências foi demonstrada no tratamento de diversos quadros mentais e físicos.

Descritores: Terapia cognitiva; Terapia comportamental; Revisão; Técnicas e procedimentos; Pesquisas

Abstract

Objective: There is growing interest in the cognitive model of psychotherapy stimulated by an extensive body of research findings demonstrating its effectiveness for a varied set of psychiatric disorders and medical conditions. This review article aims to give an overview of the historical and philosophical background to contemporary cognitive and cognitive-behavioral approaches to psychotherapy, pointing out similarities across and differences between them. A presentation of the cognitive model as designed by Aaron Beck, and some of the cognitive and behavioral techniques used in emotional disorders will be discussed. Outcome studies and meta-analyses contemplating the efficacy of cognitive and cognitive-behavioral therapies in various psychological and medical conditions will be briefly depicted. **Method:** Through review of articles and textbooks, especially the works of Aaron Beck from which this review article has heavily borrowed, the origins and foundations of the cognitive-behavioral approaches to the treatment of psychiatric and medical conditions are described. Through Medline, the search of randomized controlled trials and meta-analyses has pointed out the evidence-based efficacy of this psychotherapeutic approach. **Results and Conclusions:** Cognitive-behavioral therapies in general and Beckian cognitive therapy in particular hold a theoretical foundation and a varied set of techniques, whose evidence-based efficacy was demonstrated for the treatment of diverse mental and physical conditions.

Descriptors: Cognitive therapy; Behavior therapy; Review literature; Techniques and procedures; Research

¹ Doutorando em psiquiatria, Universidade Federal do Rio do Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil

² University of Pennsylvania, Filadélfia (PA), EUA

³ Beck Institute for Cognitive Therapy, Filadélfia (PA), EUA

Correspondência

Paulo Knapp
Rua Tobias da Silva, 99, sala 401
90570-020 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: pknapp@terra.com.br

Introdução

Os termos terapia cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. A TCC é usada como um termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações ateóricas de estratégias cognitivas e comportamentais.¹

Desde aproximadamente 45 anos atrás, quando o papel da cognição na depressão² e na terapia³ foi descrito pela primeira vez na literatura, tem havido um progresso contínuo no desenvolvimento da teoria e da terapia cognitivas. Os experimentos empíricos de ambas refinaram o modelo cognitivo com o passar dos anos.^{4,5} Entretanto, as características essenciais da TC persistiram, especialmente a ênfase na influência do pensamento distorcido e da avaliação cognitiva irrealista de eventos sobre os sentimentos e comportamentos do indivíduo.⁶ Aaron Beck, o fundador da terapia cognitiva, formulou uma base teórica coerente antes do desenvolvimento de estratégias terapêuticas. As diretrizes para desenvolver e avaliar o novo sistema de psicopatologia e psicoterapia foram:¹ 1) construir uma teoria abrangente de psicopatologia que dialogasse bem com a abordagem psicoterápica; 2) pesquisar as bases empíricas para a teoria; e 3) conduzir estudos empíricos para testar a eficácia da terapia. As pesquisas subsequentes envolveram diversos estágios:⁵ a tentativa de identificar os elementos cognitivos idiossincráticos derivados de dados clínicos em vários transtornos; desenvolver e testar medidas para sistematizar essas observações clínicas; e preparar planos de tratamento e diretrizes para terapia.

A pesquisa e a prática clínica mostraram que a TC é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos. Beck aplicou sistematicamente o conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da TC a uma série de transtornos, começando por depressão,^{4,6} suicídio,⁷ transtornos de ansiedade e fobias,⁸ síndrome do pânico,⁹ transtornos da personalidade¹⁰ e abuso de substâncias.¹¹ Problemas interpessoais¹² e raiva, hostilidade e violência¹³ também foram estudados. Além disso, trabalhos mais recentes usando esta abordagem mostraram um efeito adicional sobre o tratamento medicamentoso de doenças psiquiátricas graves, como esquizofrenia^{14,15} e transtorno bipolar.^{16,17} Adaptações em andamento de protocolos cognitivo-comportamentais para uma gama cada vez maior de transtornos médicos e psicológicos¹⁸ foram testados para dor crônica, relação conjugal conflituosa, transtornos somáticos na infância, bem como para bulimia e problemas de comer compulsivo.¹⁹ Hoje há mais de 330 artigos de resultados de intervenções cognitivo-comportamentais, e a produção de pesquisas continua.²⁰ Alguns estudos de resultado usando neuroimagem²¹⁻²³ recentemente confirmaram o que já se previa: as TCC produzem mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais.

Fundamento histórico e filosófico das TCC

No início da década de 1960, uma “revolução cognitiva” começou a emergir,²⁴ embora os primeiros textos centrais sobre modificação cognitiva tenham aparecido somente na década de 1970. A pesquisa de Albert Bandura²⁵ sobre modelos de processamento de informações e aprendizagem vicária, e as evidências empíricas na área do desenvolvimento da linguagem²⁶ suscitou questões sobre o modelo comportamental tradicional disponível até então e apontou as limitações de uma abordagem comportamental não-

mediacional para explicar o comportamento humano.²⁷ Um número crescente de teóricos e terapeutas começou a se identificar como “cognitivo-comportamentais” em termos de orientação; alguns dos proponentes iniciais mais importantes de uma perspectiva cognitiva e cognitivo-comportamental foram Beck,^{2,4,28} Ellis,²⁹ Cautela,³⁰ Meichenbaum³¹ e Mahoney.²⁷

Uma diversidade de abordagens da TCC emergiu ao longo das décadas subsequentes, atingindo vários graus de aplicação e sucesso.²⁴ As TCCs podem ser classificadas em três divisões principais:³² 1) terapias de habilidades de enfrentamento, que enfatizam o desenvolvimento de um repertório de habilidades que objetivam fornecer ao paciente instrumentos para lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; e 3) terapias de reestruturação, que enfatizam a pressuposição de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal adaptativos, sendo a meta do tratamento reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos. Alguns desses modelos conceituais de modificação cognitivo-comportamental, conforme apresentados por Dobson & Dozois,²⁴ estão brevemente resumidos abaixo. A terapia cognitiva de Aaron Beck será discutida em uma seção separada neste artigo.

O *treinamento de auto-instrução* foi desenvolvido na década de 70 por Donald Meichenbaum,³³ com foco especial na relação entre auto-instrução verbal e comportamento. Apoiado em uma extensa literatura, o treinamento de auto-instrução tem ênfase nas tarefas graduais, modelagem cognitiva, na orientação do treinamento mediacional e auto-reforço, refletindo claramente a herança comportamental de Meichenbaum. O *treinamento de inoculação de estresse*, outra abordagem multicomponente de habilidades de enfrentamento, também foi desenvolvido por Meichenbaum³⁴ e é baseado na premissa teórica de que, ao aprender a lidar com níveis leves de estresse, os clientes essencialmente se tornam “inoculados” contra níveis incontroláveis de estresse. A *terapia de solução de problemas*, conceitualizada como treinamento de autocontrole, foi proposta em 1971 por D’Zurilla e Goldfried.³⁵ Seu propósito é treinar habilidades básicas de solução de problemas que são subsequentemente aplicadas a situações problemáticas reais e, desta forma, promovem mudança generalizada do comportamento. Ela foi desenvolvida e utilizada numa série de situações, como prevenção e manejo de estresse, manejo da raiva, depressão e enfrentamento do câncer.³⁶

A *terapia racional emotiva comportamental* (TREC), uma terapia de reestruturação desenvolvida por Albert Ellis, é considerada por muitos como uma das primeiras TCCs. Há mais de 45 anos, Ellis, originalmente um psicanalista, desenvolveu o chamado modelo ABC, que propõe que qualquer determinada experiência ou evento ativa (A) crenças individuais (B), que, por sua vez, geram consequências (C) emocionais, comportamentais e fisiológicas. Ellis também postulou que 12 crenças irracionais básicas, que tomam a forma de expectativas irrealistas ou absolutistas, são a base do transtorno emocional. O objetivo da terapia é identificar crenças irracionais e, através de questionamento, desafio, disputa e debate lógico-empíricos, modificá-las pelo convencimento.³⁷ Seu livro de 1962, *Razão e Emoção em Psicoterapia*, permanece uma referência primária para esta abordagem.

A *terapia construtivista* tem uma abordagem cognitiva estrutural, introduzida no início da década de 80.³⁸ Ao passo que há alguns paralelos entre as perspectivas cognitivo-comportamental e construtivista, como a identificação e modificação de estruturas

cognitivas por meio de uma série de técnicas comportamentais e cognitivas, há diferenças importantes entre a TCC, classificada como abordagem “racional”, e a perspectiva construtivista, considerada uma abordagem “pós-racional”.³³ Guidano³⁸ expressou uma preocupação crescente com a *validade* das estruturas cognitivas ao invés da *verdade* do conteúdo de estruturas cognitivas; ao invés de lidar com o conteúdo do pensamento, as terapias de orientação construtivista enfatizam o processo de pensamento e a geração de significado. Conforme apontado por Neimeyer,³⁹ a abordagem pós-racional pode ser até “radicalmente divergente de uma perspectiva tradicional de terapia cognitiva”.

Em anos recentes, muitas outras abordagens cognitivo-comportamentais emergiram e evoluíram do modelo conceitual original cognitivo e cognitivo-comportamental. A *terapia do esquema*, desenvolvida por Jeffrey Young,⁴⁰ e a *terapia comportamental dialética* (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan,⁴¹ são dois bons exemplos de abordagens de TCC usadas para tratar indivíduos com psicopatologia mais grave, especialmente transtorno de personalidade borderline.

1. Semelhanças e diferenças entre as TCCs

As abordagens em TCC compartilham bases comuns, embora haja diferenças consideráveis em princípios e procedimentos entre elas devido ao fato de que os pioneiros no desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais terem vindo de diferentes fundamentos teóricos. Por exemplo, ao passo que Aaron Beck e Albert Ellis tinham bases psicanalíticas, outros teóricos, como Meichenbaum, Goldfried e Mahoney, foram originalmente treinados em modificação do comportamento.

De acordo com Dobson & Dozois,⁴² as abordagens atuais em TCC compartilham três proposições fundamentais. A primeira é o papel mediacional da cognição, que afirma que há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a resposta a esses eventos; a segunda defende que a atividade cognitiva pode ser monitorada, avaliada e medida; e a terceira, que a mudança de comportamento pode ser mediada por essas avaliações cognitivas e, desta forma, pode ser uma evidência indireta de mudança cognitiva.

A TCC pode ser contrastada dos tratamentos puramente comportamentais, nos quais a cognição não é uma variável explicativa importante e não é primariamente o foco da intervenção. Portanto, as abordagens voltadas estritamente para a mudança de comportamento, como o modelo estímulo-resposta, não são cognitivo-comportamentais; da mesma forma, qualquer terapia unicamente baseada em mudança cognitiva não é cognitivo-comportamental. Qualquer forma de terapia que não inclua a proposição do modelo mediacional como componente importante do plano de tratamento não está incluída no escopo da TCC, e o termo “cognitivo-comportamental” não pode ser aplicado.⁴² Em resumo, uma característica definidora da TCC é o conceito de que os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e, logo, a melhora pode ser produzida pela modificação do pensamento e de crenças disfuncionais.

Além disso, as diversas TCCs compartilham uma série de pontos em comum que não são centrais do ponto de vista teórico.⁴² Primeiro, em contraste com a terapia psicanalítica de longo prazo, a maioria das TCCs tem limite de tempo de tratamento, com muitos manuais de tratamentos recomendando 12-16 sessões para depressão e ansiedade não complicadas. Transtornos de personalidade e outros transtornos crônicos levam mais tempo, talvez mais de 1-2 anos de tratamento. Segundo, quase todas as

TCCs são aplicadas a problemas ou transtornos específicos, uma característica que reflete sua herança da terapia comportamental e explica em parte o limite de tempo de tratamento. Ao invés de implicar uma limitação das TCCs, sua natureza focada em problemas reflete um esforço contínuo para documentar efeitos terapêuticos, estabelecer fronteiras terapêuticas e identificar a terapia mais eficaz para um determinado problema. Um terceiro ponto em comum, o pressuposto de controle do paciente, enfatiza que o paciente é o agente ativo de seu tratamento. O pressuposto de controle do paciente é possível pelo tipo de problemas com os quais as TCCs clássicas tipicamente lidam, que incluem transtornos e problemas específicos, problemas de autocontrole e habilidades gerais de solução de problemas. Relacionado com o pressuposto de controle do paciente há um quarto ponto em comum: muitas TCCs são explícita ou implicitamente educativas por natureza, uma vez que o modelo terapêutico pode ser ensinado e a lógica para a intervenção é comunicada ao paciente, o que representa um contraste de outras abordagens psicoterápicas. O quinto ponto em comum deriva diretamente de seu processo educativo, já que a maioria das TCCs estabelece o objetivo implícito de que o paciente aprenderá sobre o processo terapêutico ao longo da terapia. Além de superar os problemas na terapia e, assim, aprender a prevenir recorrências, os pacientes também aprendem habilidades terapêuticas que eles próprios podem aplicar com abrangência a uma gama de diferentes problemas em suas vidas. Na TCC, os pacientes tornam-se seus próprios terapeutas.

Conforme Dobson & Dozois apontaram, mesmo que terapias identificadas como cognitivo-comportamentais compartilhem uma série de características teóricas e práticas, e apesar de suas diversas sobreposições de procedimentos, “é tão apropriado afirmar que há de fato uma só abordagem cognitivo-comportamental quanto o é afirmar que há uma só terapia psicanalítica”.⁴² Entretanto, ao passo que TCCs em geral envolvem toda uma variedade de abordagens, a TC conforme desenvolvida por Beck, com seu conjunto próprio de princípios e metodologias e técnicas muito específicas, é razoavelmente uniforme.

Terapia cognitiva

1. Fundamentos teóricos

O modelo cognitivo foi originalmente construído de acordo com pesquisas conduzidas por Aaron Beck^{2,3} para explicar os processos psicológicos na depressão, em uma tentativa de provar a teoria freudiana de depressão como hostilidade retrofletida reprimida. Ao invés de hostilidade e raiva, a pesquisa sobre os sonhos dos pacientes deprimidos mostrou um “senso de derrota, fracasso e perda”.⁴³ Os temas de pacientes deprimidos ao dormirem eram consistentes com seus temas em vigília; sonhos poderiam ser simplesmente um reflexo dos pensamentos do indivíduo. Baseado em pesquisa sistemática e observações clínicas, Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (a tríade cognitiva).⁵

Como conseqüência natural, Beck começou a questionar cada vez mais o modelo de motivações inconscientes da psicanálise e o seu método terapêutico, principalmente a ênfase da psicanálise em conceitualizações motivacionais e afetivas como causa dos transtornos emocionais, que ignoram em grande parte os fatores cognitivos, como foi substanciado por seus achados sobre depressão.² Estabelecendo as bases para a teoria e terapia

cognitivas, Beck passou a diferenciar a abordagem cognitiva da psicanalítica, focando o tratamento em problemas presentes, em oposição a desvelar traumas escondidos do passado, e na análise de experiências psicológicas acessíveis, ao invés de inconscientes.^{5,6} Entretanto, a experiência com a psicanálise foi importante no desenvolvimento inicial das estratégias e conceitos terapêuticos da TC. Uma contribuição importante para os fundamentos da TC foi dada pela formulação freudiana de estruturação hierárquica da cognição em processo primário (isto é, fora da consciência e baseada em fantasias e desejos) e processo secundário (isto é, acessível à consciência e baseado nos princípios de realidade objetiva), bem como o conceito de que os sintomas são baseados em idéias patogênicas.² Desde seu treinamento em psicanálise e ao longo de sua carreira profissional, Beck identificou-se com neo-analistas, como Alfred Adler, Karen Horney, Otto Rank e Harry Sullivan, que enfatizaram a importância de entender e lidar com as experiências conscientes dos pacientes, bem como a necessidade de tratar os significados que os pacientes atribuem a eventos que acontecem em suas vidas. A teoria cognitiva, com seu foco nos processos intrapsíquicos, e não no comportamento observável, é mais um legado da teoria psicanalítica, embora os procedimentos terapêuticos sejam mais semelhantes à terapia comportamental.⁴⁴

Além disso, a estrutura teórica da TC foi construída sobre contribuições de outras escolas, como a abordagem fenomenológica-humanista à psicologia. Inspirada em parte por filósofos como Kant, Heidegger e Husserl, ela adotou a ênfase na experiência subjetiva consciente. Derivado dos filósofos estoicos gregos surgiu o conceito de que os seres humanos são perturbados pelos significados que atribuem aos fatos, e não pelos fatos *per se*. Carl Rogers, com sua terapia centrada no cliente, inspirou o estilo terapêutico de questionamento gentil e aceitação incondicional do paciente. A teoria do apego de John Bowlby⁴⁵ foi uma fonte altamente valiosa para o desenvolvimento da conceitualização cognitiva.

As influências das ciências cognitivas e da psicologia cognitiva também foram responsáveis pelas bases da TC. Os trabalhos de George Kelly, um psicólogo cognitivo, tiveram importante impacto, principalmente sua teoria do constructo pessoal que, junto com a idéia de esquemas de Piaget,⁴⁶ evoluiu para a definição semelhante de Beck de esquemas. A teoria cognitiva de emoções de Richard Lazarus,⁴⁷ a abordagem de solução de problemas de Goldfried & D'Zurilla,⁴⁸ os modelos de auto-regulação de Albert Bandura⁴⁹ e Donald Meichenbaum,⁵⁰ além de escritores com foco na cognição, como Arnold Lazarus,⁵¹ também influenciaram a teoria e prática cognitiva. A ênfase da TC em uma abordagem de solução de problemas conscientes também foi adotada pela terapia racional emotiva comportamental.³⁰

A abordagem científica adotada pela terapia comportamental contribuiu com diversos procedimentos e estratégias terapêuticos, como a estrutura da sessão, a maior atividade do terapeuta, o estabelecimento de objetivos do tratamento para toda a terapia e de uma pauta para cada sessão, a formulação e teste de hipóteses, a obtenção de *feedback*, o uso de técnicas de solução de problemas e treinamento de habilidades sociais, a prescrição de tarefas de casa e experimentos entre as sessões, e a medição de variáveis mediacionais e desfechos. Entretanto, de um ponto de vista filosófico, a TC pode ser considerada muito mais humanista, exploratória, uma vez que trabalha com construtos como a mente, e lida com sentimentos e pensamentos, ao passo que muitos considerariam a terapia comportamental mecanicista demais.

2. Princípios da TC

Mais uma vez, de acordo com a abordagem de processamento de informações, o princípio fundamental da TC é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam. Desta forma, o objetivo terapêutico da TC, desde seus primórdios, tem sido reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais.

A TC postula que há pensamentos nas fronteiras da consciência que ocorrem espontânea e rapidamente e são uma interpretação imediata de qualquer situação.⁵ São chamados de *pensamentos automáticos* e são distintos do fluxo normal de pensamentos observado no raciocínio reflexivo ou na livre associação. São geralmente aceitos como plausíveis, e sua acurácia é aceita como verdadeira. A maioria das pessoas não está imediatamente consciente da presença de pensamentos automáticos, a não ser que estejam treinadas para monitorá-los e identificá-los. De acordo com Beck,⁵² “é tão possível perceber um pensamento, focar nele e avaliá-lo, como é possível identificar e refletir sobre uma sensação como a dor”. Algumas das distorções cognitivas encontradas em diferentes transtornos emocionais estão resumidas na Tabela 1.

Nas raízes dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, chamados de *esquemas* (também denominados *crenças nucleares*, usados com o mesmo significado por muitos autores). Conforme definido por Clark, Beck & Alford,⁵³ esquemas são “estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, idéias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados”. Uma vez que uma determinada crença básica se forma, ela pode influenciar a formação subsequente de novas crenças relacionadas e, se persistirem, são incorporadas na estrutura cognitiva duradoura ou esquema.⁵⁴ Crenças nucleares embutidas nessas estruturas cognitivas modelam o estilo de pensamento de um indivíduo e promovem erros cognitivos encontrados na psicopatologia.

Os esquemas são adquiridos precocemente no desenvolvimento, agindo como “filtros” pelos quais as informações e experiências atuais são processadas. Essas crenças são moldadas por experiências pessoais e derivam da identificação com outras pessoas significativas e da percepção das atitudes das outras pessoas em relação ao indivíduo. O ambiente da criança facilita a emergência de tipos particulares de esquemas ou tende a inibi-los. Os esquemas de indivíduos bem ajustados permitem avaliações realistas, ao passo que os de indivíduos mal ajustados levam a distorções da realidade, que, por sua vez, geram um transtorno psicológico.⁵

Os esquemas têm uma variedade de propriedades, como permeabilidade, flexibilidade, amplitude, densidade e também um nível de carga emocional,⁵ que pode determinar as dificuldades ou facilidades encontradas no processo de tratamento. Mesmo que latente ou inativo em determinados momentos, os esquemas, por exemplo, “*É impossível eu ser amado*”, são ativados por certas situações análogas àquelas experiências precoces que engendraram o desenvolvimento do esquema. Em associação com essas crenças nucleares disfuncionais estão as crenças condicionais subjacentes que levam a pressupostos como “*Se eu não tiver uma mulher que me ame, não sou nada*” e regras como “*Um homem não pode viver sem uma mulher*”. A ativação desses esquemas interfere

Tabela 1 – Exemplos de distorções cognitivas

Distorções cognitivas
<p>1. Catastrofização - Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Exemplos: <i>"Perder o emprego será o fim da minha carreira"</i>. <i>"Eu não suportarei a separação da minha mulher"</i>. <i>"Se eu perder o controle será meu fim"</i>.</p>
<p>2. Raciocínio emocional (emocionalização) – Presumir que sentimentos são fatos. Pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira. Exemplos: <i>"Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim"</i>. <i>"Eu sinto que meus colegas estão rindo às minhas costas"</i>. <i>"Sinto-me desesperado, portanto a situação deve ser desesperadora"</i>.</p>
<p>3. Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico) – Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, ao invés de um <i>continuum</i>. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. Exemplos: <i>"Deu tudo errado na festa"</i>. <i>"Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso"</i>. <i>"Ou algo é perfeito, ou não vale a pena"</i>. <i>"Tudo foi uma perda de tempo total"</i>.</p>
<p>4. Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo) – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, e todo restante positivo não é percebido. Exemplos: <i>"Veja todas as pessoas que não gostam de mim"</i>. <i>"A avaliação do meu chefe foi ruim"</i> [focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos].</p>
<p>5. Leitura mental – Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Exemplos: <i>"Ela não está gostando da minha conversa"</i>. <i>"Ele está me achando inoportuno"</i>. <i>"Ele não gostou do meu projeto"</i>.</p>
<p>6. Rotulação – Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa, ou situação, ao invés de rotular a situação ou comportamento específico. Exemplos: <i>"Sou incompetente"</i>. <i>"Ele é uma pessoa má"</i>. <i>"Ela é burra"</i>.</p>
<p>7. Minimização e maximização – Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas enquanto o negativo é magnificado. Exemplos: <i>"Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem"</i>. <i>"Obter notas boas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que eu"</i>.</p>
<p>8. Imperativos ("Deveria" e "Tenho-que") – Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, ao invés de simplesmente focar em como as coisas são. Afirmar absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento destas demandas. Exemplos: <i>"Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas"</i>. <i>"Eu devo ser perfeito em tudo que faço"</i>. <i>"Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa"</i>.</p>

na capacidade da avaliação objetiva de eventos, e o raciocínio torna-se prejudicado. Distorções cognitivas sistemáticas (por exemplo, catastrofização, raciocínio emocional e abstração seletiva) ocorrem à medida que esquemas disfuncionais são ativados. Como estratégias de enfrentamento para tentar evitar o contato com suas crenças nucleares e subjacentes, os pacientes podem empregar estratégias compensatórias. Embora essas manobras cognitivas e comportamentais aliviem seu sofrimento emocional momentaneamente, em longo prazo as estratégias compensatórias podem reforçar e piorar crenças disfuncionais.

Há uma relação recíproca entre afeto e cognição, uma vez que o aumento da distorção cognitiva e emocional pode resultar de um reforçando o outro.⁵⁴ Uma hipótese essencial do modelo cognitivo tem sido a noção de que certas crenças constituem uma vulnerabilidade a distúrbios emocionais (modelo diátese-estresse). Por exemplo, se um indivíduo apresenta uma vulnerabilidade cognitiva a temas de perda e fracasso, as consequências emocionais e comportamentais incluirão tristeza, um senso de desesperança e isolamento social, conforme encontrado na depressão. Se outros indivíduos apresentam crenças relacionados com perigo, a ansiedade prevalece e predispõe ao estreitamento da atenção à percepção de ameaça, a realizar interpretações catastróficas de estímulos ambíguos ou mesmo neutros⁸ e se envolver em "comportamentos de segurança" disfuncionais; eles serão impelidos a buscar escapismos ou evitar o risco mal-percebido de rejeição, vergonha ou morte. Os vieses orientados ao perigo – que ocorrem automaticamente e não estão necessariamente sob controle consciente – são encontrados em todas as fases do processamento de informações (percepção, interpretação e lembrança)⁵⁵ e em todos os transtornos de ansiedade. Em pacientes com vulnerabilidade a temas de humilhação, injustiça ou algo relacionado, a raiva será o tom, e uma reação comportamental retaliatória poderia ser justificada como autodefesa.⁵² Cada transtorno de personalidade

também é caracterizado por um conjunto específico pessoal de conteúdos cognitivos disfuncionais, tais como deficiência, abandono, dependência ou necessidade de tratamento especial, que constituem a vulnerabilidade cognitiva do indivíduo. Quando ativados por eventos externos, drogas ou fatores endócrinos, esses esquemas tendem a causar um viés no processamento de informações e produzem o conteúdo cognitivo típico de um determinado transtorno, com sua própria constelação cognitiva e conjunto idiossincrático de crenças.¹ Um breve resumo de perfis cognitivos em psicopatologia pode ser encontrado na Tabela 2.

O modelo de vulnerabilidade à depressão de Beck foi refinado⁵⁶ para sugerir que as crenças que predispõe à depressão poderiam ser diferenciadas dependendo se a personalidade do paciente for primariamente autônoma ou sociotrópica. Indivíduos autônomos teriam maior probabilidade de se tornar deprimidos em decorrência de uma situação de ameaça à autonomia (por exemplo, uma percepção de falha pessoal) do que em decorrência

Tabela 2 – Perfil cognitivo de alguns transtornos psiquiátricos. Beck & Newman⁵²

Perfil cognitivo de transtornos psiquiátricos
Depressão – Visão negativa de si, dos outros e do futuro.
Hipomania ou episódios maníacos – Visão inflada de si, dos outros e do futuro.
Comportamento suicida – Desesperança e conceito autodesqualificador.
Ansiedade Generalizada – Medo de perigos físicos ou psicológicos.
Fobia – Medo de perigos em situações específicas, evitáveis.
Pânico – Medo de um perigo físico ou mental iminente.
Estado paranoide – Visão dos outros como manipulativos e mal-intencionados.
Transtorno conversivo – Idéia de anormalidade motora ou sensorial.
Obsessivo-compulsivo – Pensamentos continuados sobre segurança; atos repetitivos para precaver-se de ameaças.
Anorexia ou bulimia – Medo de ser gordo e não-atraente.
Hipocondria – Preocupação com doença insidiosa.

de uma situação sociotrópica (por exemplo, perda de uma relação), e o contrário seria verdadeiro para indivíduos sociotrópicos.

3. Procedimentos e técnicas

A TC não é um conjunto de técnicas aplicadas mecanicamente como poderíamos pensar à primeira vista. A competência do terapeuta numa ampla variedade de habilidades terapêuticas é necessária para garantir a eficácia dos procedimentos da TC.

Conforme Beck ressalta, em primeiro lugar e antes de tudo, para realizar o empreendimento terapêutico é importante estabelecer uma boa relação de trabalho com o paciente, um procedimento terapêutico chamado de *empirismo colaborativo*. Paciente e terapeuta trabalham como uma equipe para avaliar as crenças do paciente, testando-as para verificar se estão corretas ou não e modificando-as de acordo com a realidade. Em segundo lugar, o terapeuta usa o questionamento socrático como um meio de guiar o paciente em um questionamento consciente que permitirá que este tenha um *insight* sobre seu pensamento distorcido, um procedimento chamado *descoberta guiada*.

Ao longo de todo tratamento, utiliza-se a abordagem colaborativa e psicoeducativa, com experiências específicas de aprendizagem desenhadas com o intuito de ensinar os pacientes a: 1) monitorar e identificar pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; 3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento.⁵

Em contraste com as terapias psicanalíticas, as sessões de TC têm uma estrutura na qual o terapeuta cognitivo desempenha um papel ativo para auxiliar o paciente a identificar e focar em áreas importantes, propondo e ensaiando técnicas cognitivas e comportamentais específicas, e planejando colaborativamente tarefas entre as sessões. Um plano de tratamento para toda a terapia e a pauta para cada sessão são discutidos com o paciente. O *feedback* dos pensamentos do paciente sobre a sessão em andamento e o tratamento como um todo é rotineiramente solicitado para criar a oportunidade de tratar e manejar quaisquer concepções equivocadas e mal-entendimentos que possam surgir durante a terapia. O terapeuta cognitivo precisa ser um bom estrategista para planejar procedimentos terapêuticos que tenham mais chance de produzir mudanças específicas para aquele determinado paciente.

A TC incentiva seus pacientes a adotar a abordagem empírica de solução de problemas dos cientistas, e o terapeuta serve como um modelo para seus pacientes ao incentivar a auto-eficácia, o entusiasmo e a esperança com relação ao trabalho desafiador de alterar cognições mal adaptativas. Embora a transferência, conforme o conceito psicanalítico, não seja incentivada, sua manifestação pode ser uma ferramenta valiosa para demonstrar as distorções interpessoais do paciente. Da mesma forma, qualquer manifestação de resistência ao tratamento é lidada e tratada como crenças subjacentes disfuncionais.

4. Conceitualização de caso

Desde o início do tratamento, o terapeuta desenvolve (idealmente de forma colaborativa, como sempre) uma conceitualização cognitiva do paciente. A conceitualização de caso é um trabalho permanente no decorrer de um tratamento; à medida que novos dados clínicos

importantes são trazidos para a terapia, a conceitualização cognitiva será alterada e atualizada conforme necessário enquanto o tratamento evolui. Para preparar um plano de tratamento, uma conceitualização de caso individual é extremamente necessária, uma vez que guia as intervenções terapêuticas.

A conceitualização de caso contém uma avaliação histórica e prospectiva de padrões e estilos de pensamento.⁵² Procurando e agrupando denominadores cognitivos comuns em diversas situações de vida e a avaliação delas pelo paciente, pode-se identificar um padrão cognitivo. Ele incluirá um entendimento do conjunto idiossincrático de crenças disfuncionais, vulnerabilidades específicas individuais e estratégias comportamentais que os pacientes usam para lidar com suas crenças nucleares. Uma amostra do Diagrama de Conceitualização Cognitiva, conforme descrito por Judith Beck,⁵⁷ está apresentado na Tabela 3.

5. Técnicas cognitivas e comportamentais

A separação de intervenções de TC em técnicas cognitivas e comportamentais é apenas para propósitos didáticos, já que muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quando os padrões de comportamento do paciente. E como sabemos, mudança cognitiva gera mudança de comportamento, e vice-versa. Uma série de técnicas diferentes pode ser usada, dependendo do perfil cognitivo do transtorno, fase da terapia e conceitualização cognitiva específica de um determinado caso. Técnicas comportamentais poderiam ser mais usadas em casos de depressão grave nos quais há uma necessidade de promover a ativação comportamental do paciente. Ao contrário, quando o paciente não necessita primariamente de ativação comportamental, procedimentos mais puramente orientados à cognição podem ser aplicados. Para pacientes com transtornos de ansiedade, um entendimento dos princípios fundamentais do modelo cognitivo será provavelmente necessário antes da introdução de qualquer experimento comportamental.

Uma série de técnicas cognitivas é usada em TC, como identificação, questionamento e correção de pensamentos automáticos, reatribuição e reestruturação cognitiva, ensaio cognitivo e outros procedimentos terapêuticos de imagens mentais. Entre as técnicas comportamentais estão, por exemplo, agendamento de atividades, avaliações de prazer e habilidade, prescrições comportamentais de tarefas graduais, experimentos de teste da realidade, *role-plays*, treinamento de habilidades sociais e técnicas de solução de problemas. Primeiro apresentaremos uma pequena amostra de técnicas cognitivas.

O tratamento inicial é focado no aumento da consciência por parte do paciente de seus pensamentos automáticos, e um trabalho posterior terá como foco as crenças nucleares e subjacentes. O tratamento pode começar identificando e questionando pensamentos automáticos, o que pode ser realizado de maneiras diferentes. O terapeuta pode orientar os pacientes a avaliar seus pensamentos automáticos, principalmente quando há uma excitação emocional percebida durante a sessão, simplesmente perguntando: “*O que está se passando na sua mente?*”, ou qualquer variação desta pergunta. Distorções cognitivas podem ser descobertas perguntando, por exemplo, “*Quais são as evidências da sua conclusão?*”, “*Você está omitindo evidências contraditórias?*”, “*A sua conclusão segue logicamente as observações que você fez?*”, “*Existem explicações alternativas que podem ser mais precisas para explicar este episódio em especial?*”. Quando solicitados a refletir sobre explicações alternativas, os pacientes podem perceber que suas explicações

Tabela 3 - Diagrama de conceitualização cognitiva. Copyright Beck JS

DIAGRAMA DE CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Nome: _____ Terapeuta: _____ Data: _____
 Diagnóstico: Eixo I _____ Eixo II _____

DADOS RELEVANTES DA INFÂNCIA



CRENÇAS NUCLEARES



PRESSUPOSTOS / REGRAS



ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS

SITUAÇÃO 1

SITUAÇÃO 2

SITUAÇÃO 3



Pensamento automático

Pensamento automático

Pensamento automático



Significado do PA

Significado do PA

Significado do PA



Emoção

Emoção

Emoção



Comportamento

Comportamento

Comportamento

iniciais das situações evoluíram através de inferências inválidas, o que os leva ao passo seguinte de fazer interpretações diferentes, dando, assim, novas atribuições e significados às situações.⁵²

A maioria das pessoas não tem consciência de que pensamentos automáticos negativos precedem sentimentos desagradáveis e inibições comportamentais, e que as emoções são consistentes com o conteúdo dos pensamentos automáticos. Para aumentar a consciência desses pensamentos, os pacientes podem aprender a rastreá-los e, com treinamento sistemático, localizar exatamente que tipo de pensamentos ocorreram imediatamente antes de uma emoção, um comportamento e uma reação fisiológica como consequência desse pensamento (seqüência ABC de Ellis). O Registro de Pensamento Disfuncional (RPD), conforme descrito por Judith Beck⁵⁷ (Tabela 4), pode ser usado para auxiliar a rastrear os pensamentos que foram ativados pela situação estimuladora e que geraram a emoção e o comportamento subseqüentes. Um exercício de RPD pode capacitar os pacientes a descobrir, esclarecer e alterar os significados que atribuíram a eventos perturbadores e compor uma resposta alternativa ou racional. Às vezes, a mera tarefa de identificar erros cognitivos (Tabela 1), independente ou em combinação com o preenchimento de um RPD, pode ser um bom exercício para desenvolver no consultório ou como tarefa de casa.

Para que as mudanças estruturais ocorram, é preciso ir muito além da mudança de erros cognitivos associados a uma síndrome específica. Somente por meio de análise e correção das crenças mais arraigadas, alterando a organização dessas crenças, a reestruturação cognitiva pode ser realizada. O tratamento precisa ter como foco as crenças nucleares do paciente, como “*É impossível eu ser amado*”, e crenças subjacentes, como “*Se eu não tiver uma mulher, então sou um fracasso*”, que são reavaliadas da mesma forma que os pensamentos automáticos, o que significa procurar por evidências que as sustente e corrigi-las com o teste de realidade.

O ensaio cognitivo é uma técnica de imagística desenvolvida para auxiliar os pacientes a experimentarem as situações temidas imaginando que elas estão ocorrendo naquele exato momento.

No consultório ou como tarefa entre as sessões, os pacientes são solicitados a “vivenciar” a situação temida na imaginação e construir as melhores estratégias de enfrentamento para superá-la com sucesso. Da mesma forma, através de imagens mentais, os pacientes podem ensaiar a solução do problemas e o treinamento da assertividade conforme necessário para superar situações problemáticas.

Técnicas comportamentais são integradas num programa de tratamento de TC de muitas maneiras distintas. Quando pacientes com depressão crônica ou grave têm seu nível de atividade reduzido e estão relutantes em se comprometer com qualquer meta porque têm baixas expectativas sobre quaisquer realizações, deve-se realizar procedimentos de ativação comportamental. Por exemplo, terapeuta e paciente podem especificar experimentos colaborativamente para ver se as expectativas negativas do paciente são válidas ou se se originam de inferências erradas sobre si próprio, outras pessoas e o futuro. Por exemplo, uma mulher deprimida pode acreditar que não consegue mais preparar uma sobremesa para o domingo da qual seus netos tanto gostam; na verdade, ela até mesmo acredita que é incapaz de ficar fora da cama tempo suficiente para fazer qualquer coisa, quanto mais preparar uma sobremesa. Para reunir evidências sobre sua expectativa de ter habilidade na preparação da sobremesa e sua expectativa de ser capaz de sentir prazer em suas habilidades culinárias, ela é estimulada a classificar de 0 a 10 suas expectativas de habilidade e prazer antes de realizar a tarefa domingo pela manhã e compará-las com o que de fato pensou e sentiu depois de ter terminado a tarefa combinada. Ela provavelmente receberá, como de costume, muitos elogios positivos, que a ajudarão a corrigir suas classificações equivocadas de habilidade e prazer. Pacientes deprimidos muitas vezes apresentam expectativas disfuncionais sobre suas capacidades, e ficam surpresos com um resultado muito melhor do que esperavam. Conforme o paciente as testa, o resultado traz uma nova perspectiva.

Como os pacientes não conseguem avaliar seus pensamentos de forma mais objetiva, todo um conjunto de pensamentos se torna hipóteses que precisam ser submetidas ao teste de realidade.

Tabela 4 - Registro de Pensamentos Disfuncionais. Judith Beck⁵² e Beck et al.⁵

Registro de Pensamentos Disfuncionais				
<p><i>Instruções:</i> Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se <i>O que está passando no meu pensamento?</i> E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quão realistas ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação. Avalie quanto mudou seu pensamento e sua emoção original.</p>				
Situação	Pensamento automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu. Onde você estava, fazendo o quê. Quem estava envolvido.	Que pensamentos e/ou imagens passaram por sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais lhe incomodou. Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%).	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu naquela situação. Se possível, avalie a intensidade de cada emoção (0-100%).	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais as possíveis distorções cognitivas (veja <i>Lista de Distorções Cognitivas</i>) que você fez?	Avalie quanto você acredita agora em seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade de suas emoções (0-100%).

Para construir a resposta alternativa, faça as perguntas:

1. Quais são as **evidências** de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?

2. Há **explicações alternativas** para o evento, ou **formas alternativas** de enxergar a situação?

3. Quais são as implicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual é o pior da situação? O que é o mais realista? O que é possível fazer a respeito?

Uma vez que muitos pacientes precisam progredir em pequenos passos, uma série de prescrições comportamentais de tarefas graduais são feitas sob medida para cada um dos pacientes para progressivamente promover experiências bem sucedidas sem sobrecarregá-los com tarefas maiores do que suas atuais capacidades de enfrentamento.

Grande parte da TC é devotada a técnicas de solução de problemas; os pacientes aprenderão a seguir os passos necessários, como definir o problema, gerar maneiras alternativas de resolvê-lo e implementar soluções alternativas. O treinamento de habilidades sociais também pode ser uma ferramenta necessária como parte do plano de tratamento. Um paciente que teme situações sociais e apresenta baixo desempenho social se beneficiará de *role-plays* com o terapeuta da situação temida para construir habilidades sociais inibidas e superar o problema. O terapeuta age como um modelo, para que os pacientes possam aprender a ter um desempenho social. Após suficiente *role-play* no consultório, os pacientes são estimulados a desempenhar em situações da vida real o que eles construíram no consultório.

A TC foi desenvolvida para aplicação em formato individual, em grupo, para casais e famílias, adultos, adolescentes e crianças, em diferentes contextos clínicos. As indicações de TC são determinadas pelas variáveis do paciente e do terapeuta, mais do que pela natureza do transtorno.⁵²

Pesquisas em TC/TCC

Qual a eficácia da TCC, para quais transtornos, comparada com o que, e por quanto tempo? Butler e Beck et al.²⁰ revisaram as metanálises de resultados de tratamentos da TC/TCC para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos e condições médicas. Uma busca na literatura, de 1967 a 2003, resultou no total de 16 metanálises com metodologia rigorosa incluindo mais de 9.000 sujeitos em 330 estudos. O enfoque da revisão foi nos tamanhos de efeito que contrastavam resultados da TCC com os resultados de grupos-controle para cada transtorno, fornecendo um panorama da eficácia da TC/TCC. Como as revisões de literatura geralmente combinam estudos classificados de TCC e TC sob o mesmo escopo de TCC, os achados dessas revisões foram agrupados e, sempre que possível, estudos mais evidentes de TC foram identificados. Entre as limitações da metanálise estão a pressuposição de uniformidade entre os estudos das amostras, do conteúdo da terapia e dos terapeutas.

Os achados de Butler et al. revelam que tamanhos de efeito grandes (média global = 0,90) foram encontrados para depressão unipolar em adultos, depressão unipolar em adolescentes, transtorno de ansiedade generalizado (TAS), síndrome do pânico com ou sem agorafobia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtornos de depressão e ansiedade em crianças. A média global ponderada do tamanho de efeito para esses transtornos, quando comparada a controles sem tratamento, lista de espera ou placebo é de 0,95 (DP = 0,08). A TCC associa-se com grandes melhoras nos sintomas para bulimia nervosa, e os tamanhos de efeito associados ($M = 1,27$, $DP = 0,11$) são significativamente maiores do que os que foram encontrados para farmacoterapia. Quando a TC foi comparada com controles, foram obtidos tamanhos de efeito moderados ($M = 0,62$, $DP = 0,11$) nos tratamentos de relação conjugal conflituosa, raiva, transtornos somáticos na infância e diversas dores crônicas (isto é, comportamento de expressão da dor, nível de atividade, funcionamento do papel social e enfrentamento e avaliação cognitiva).²⁰

Verificou-se que a TC é algo superior aos antidepressivos no tratamento da depressão unipolar em adultos ($ES = 0,38$), e foi

igualmente efetiva como terapia comportamental no tratamento da depressão em adultos ($ES = 0,05$), bem como no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ($ES = 0,19$). A eficácia da TC para agressores sexuais é relativamente baixa ($ES = 0,35$); no entanto, em combinação com tratamentos hormonais, é o tratamento mais efetivo para reduzir a recorrência nesta população. Finalmente, a revisão verificou que a TC era superior à terapia de apoio/não-diretiva em duas comparações para depressão em adolescentes ($ES = 0,84$) e duas comparações para TAS ($ES = 0,71$).

A TCC também mostrou resultados promissores como adjuvante da farmacoterapia no tratamento da esquizofrenia: o tamanho de efeito médio não-controlado de 1,23 para TCC se compara favoravelmente com um tamanho de efeito de 0,17 para pacientes esquizofrênicos recebendo apenas cuidados de rotina. A TC/TCC também pode desempenhar um papel terapêutico na prevenção de recaídas de esquizofrenia, conforme relatado em um estudo controlado randomizado de TC com grupo de alto risco.

Os achados de outras metanálises também indicam que os protocolos de TC/TCC são mais efetivos do término de sintomas de pânico e ansiedade do que os tratamentos farmacológicos.⁵⁸ A eficácia de TC específica para a síndrome do pânico vem sendo demonstrada por diversos estudos.^{59,60} Duas metanálises de TC e TCC demonstraram a eficácia dessas abordagens para fobia social^{61,62} e verificaram que uma abordagem "pura" de TC era mais eficiente do que fluoxetina.⁶³ A TC padrão para TAS mostrou ter uma clara vantagem sobre a terapia comportamental no seguimento.⁶⁴

A manutenção dos efeitos da TC em muitas doenças por períodos substanciais além da cessação do tratamento foi demonstrada pelas metanálises revisadas. Há evidências significativas para efetividade a longo prazo para depressão, ansiedade generalizada, pânico, fobia social, TOC, agressão sexual, esquizofrenia e transtornos internalizantes na infância. Nos casos de depressão e pânico, há evidências robustas e convergentes de metanálises de que a TC produz uma persistência de efeitos muito superior em longo prazo, com taxas de recorrência 50% menores que as de farmacoterapia.¹

Outra metanálise incluiu 17 estudos com pacientes deprimidos e verificou que a TC teve uma superioridade mínima em relação à medicação antidepressiva (AD) com $ES = 0,38$.⁶⁵ Um estudo recente com indivíduos moderadamente deprimidos conduzido por DeRubeis et al. constatou que TC e AD tiveram eficácia equivalente, mas a TC apresentou melhor desempenho em relação à prevenção de recaídas.⁶⁶ Pacientes com depressão grave tiveram bons resultados com TC e AD em uma metanálise de quatro estudos.⁶⁷ Além disso, verificou-se que a TC é efetiva no tratamento da depressão atípica.

Para o transtorno bipolar, também se relatou a aplicação da TC como tratamento adjuvante na prevenção de recaídas e sua boa relação custo-efetividade. Lam et al.,¹⁷ em um ensaio controlado randomizado de TCC para prevenção de recaídas no transtorno bipolar, encontraram que os pacientes tratados com TCC tiveram resultados significativamente melhores (por exemplo, episódios bipolares em menor número e mais curtos, menor número de hospitalizações, menor variabilidade de sintomas maníacos etc.) no seguimento de um ano. Algumas outras aplicações com amparo empírico da TC/TCC incluem anorexia nervosa, transtorno dismórfico corporal, colecionismo patológico, jogo patológico, TEPT em crianças que sofreram abuso, TOC em crianças e transtorno afetivo sazonal.²⁰

Ensaio controlado randomizado também fornecerem forte

amparo empírico para a eficácia de intervenções cognitivas, muitas vezes como um adjunto à terapia, no tratamento de uma ampla variedade de condições médicas, incluindo doença coronariana, hipertensão, câncer, dores de cabeça, dor crônica, dor lombar crônica, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatóide, síndrome pré-menstrual e síndrome do cólon irritável.¹ Estudos de resultados adicionais documentaram o papel benéfico da TC para pacientes com diversos transtornos médicos na redução da depressão e na melhora da qualidade de vida global.²⁰

Em anos recentes, pesquisas encontraram correlatos neuropsicológicos de pensamentos e crenças disfuncionais na depressão.^{68,69} Estudos de neuroimagem demonstraram os efeitos da TC em alterações cerebrais funcionais e fisiológicas associados com TC para depressão.²³ Apesar dos resultados muito interessantes, este assunto está além do escopo deste artigo de revisão. Entretanto, é importante ressaltar o fato de que estudos desta natureza podem expandir enormemente nosso entendimento da relação mente-

cérebro e de como as técnicas comportamentais e cognitivas afetam a função cerebral.⁷⁰

Conclusões

Não há dúvida de que a abordagem cognitiva de Beck representa uma mudança teórica no entendimento e tratamento de transtornos emocionais.⁷¹ Mais de 40 anos após a publicação da teoria cognitiva da depressão, a TC se tornou a abordagem psicoterápica independente mais importante e com melhor validação científica. Com o movimento recente em direção à prática baseada em evidências, a TC recebeu atenção destacada. Novas indicações da TC são desenvolvidas para uma ampla gama de condições médicas e psicológicas, embora as bases teóricas do modelo cognitivo permaneçam inalteradas.¹ Conforme Beck⁷⁰ ressaltou, “o progresso contínuo na pesquisa e prática evidenciado na história das terapias cognitivo-comportamentais pode ser interpretado como uma indicação de que o futuro do campo indubitavelmente presenciará avanços contínuos”.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/Conselho consultivo	Outro ³
Paulo Knapp	Clínica privada	*	---	Cursos ocasionalmente pagos*	---	---	Direitos autorais*
Aaron T. Beck	University of Pennsylvania	***	---	*	---	---	Direitos autorais

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor. Para mais informações, ver Instruções para autores.

Referências

- Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):953-9.
- Beck AT. Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;9:324-33.
- Beck AT. Thinking and depression: II theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:561-71.
- Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York, NY: Harper and Row; 1967.
- Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
- Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, editors. *The Prediction of Suicide*. Bowie, Md: Charles Press; 1974.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books; 1985.
- Beck AT. Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In: Rachman S, Maser J, editors. *Panic: Psychological Perspectives*. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1987. p. 91-109.
- Beck AT, Freeman A, Davis D, Associates. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, NY: Guilford; 1990.
- Beck AT, Wright FW, Newman CF, Liese B. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, NY: Guilford; 1993.
- Beck AT. *Love Is Never Enough*. New York, NY: Harper & Row; 1988.
- Beck AT. *Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility and Violence*. New York, NY: HarperCollins; 1999.
- Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:577-606.
- Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(5):278-87.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.
- Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost effectiveness of relapse prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Br J Psychiatry*. 2005;186:500-6.
- Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res*. 1997;6(4):276-84.
- Beck JS. *The Beck Diet Solution: train your brain to think like a thin person*. Des Moines: Oxmoor House; 2007.
- Butler AC, Chapman JE, Foreman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):17-31.
- Linden DE. How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 2006;11(6):528-38.
- Liggin DY, Kay J. Some Neurobiological Aspects of Psychotherapy: a review. *J Psychother Pract Res*. 1999;8(2):103-14.
- Goldapple K, Segal Z, Garson C, Lau M, Bieling P, Kennedy S, Mayberg H. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):34-41.
- Dobson KS, Scherrer, MC. História e Futuro das Terapias Cognitivo-Comportamentais. In: Knapp P, editor. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Bandura A. Vicarious processes: a case of no-trial learning. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 2. New York: Academic Press; 1965.
- Vygotsky LS. *Thought and language*. Cambridge, MA: M.I.T. Press; 1962.
- Mahoney MJ. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger; 1974.
- Beck AT. Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behav Ther*. 1970;1:184-200.
- Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart; 1962.
- Cautela JR. Covert sensitization. *Psychol Rep*. 1967;20(2):459-68.
- Meichenbaum DH. Cognitive factors in behavior modification: modifying what clients say to themselves. In: Franks CM, Wilson

- GT, editors. *Annual review of behavior therapy, theory, and practice*. New York: Brunner/Mazel; 1973.
32. Mahoney MJ. Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.
 33. Meichenbaum DH. Stress inoculation training: a twenty-year update. In: Woolfolk RL, Lehrer PM, editors. *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press; 1993.
 34. Meichenbaum DH. *Stress inoculation training: a clinical guidebook*. New York: Pergamon Press; 1985.
 35. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem-solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971;78:107-26.
 36. Nezu AM. Efficacy of a social problem solving therapy approach for unipolar depression. *J Consulting Clin Psychol*. 1986;54(2):196-202.
 37. Dryden W, Ellis A. Rational emotive behavior therapy. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
 38. Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford; 1983.
 39. Neimeyer RA. Constructivist psychotherapies: features, foundations and future directions. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, editors. *Constructivism in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 231-46.
 40. Young J, Klosko J, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford; 2003.
 41. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
 42. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
 43. Beck AT, Ward CH. Dreams of depressed patients: characteristic themes in manifest content. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;5:462-7.
 44. Beck AT. Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: a cognitive continuum. In: Williams JBW, Spitzer RL. *Psychotherapy research: where are we and where should we go?* New York: Guilford; 1984.
 45. Bowlby J. *Attachment and loss I: Attachment*. New York: Basic Books; 1969.
 46. Piaget J. *The construction of reality in the child*. New York: Ballantine Books; 1954.
 47. Lazarus RS, Alfert E. Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *J Abnorm Psychol*. 1964;69:195-205.
 48. Goldfried MR. Systematic desensitization as training in self-control. *J Consult Clin Psychol*. 1971;37(2):228-34.
 49. Bandura A. Vicarious processes: a case of no-trial learning. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 2. New York: Academic Press; 1965.
 50. Meichenbaum DH. *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum; 1977.
 51. Lazarus AA, Davidson GC, Polefka DA. Classical and operant factors in the treatment of a school phobia. *J Abnorm Psychol*. 1965;70:225-9.
 52. Beck AT, Newman CF. Cognitive therapy. In: Kaplan & Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
 53. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley; 1999.
 54. Beck AT. Cognition, affect, and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;24(6):495-500.
 55. Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behav Res Ther*. 1997;35(1):49-58.
 56. Clark DA, Beck AT, Brown GK. Sociotropy, autonomy and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognit Ther Res*. 1992;16:635-52.
 57. Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
 58. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*. 1995;15(8):819-44.
 59. Sokol L, Beck AT, Greenberg RL, Greenberg RL, Wright FD, Berchick RJ. Cognitive therapy of panic disorder: a nonpharmacological alternative. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(12):711-6.
 60. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder MG. A comparison with cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine for the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry*. 1994;164(6):759-69.
 61. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract*. 1997;4:291-306.
 62. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1996;27(1):1-9.
 63. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackman A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1058-67.
 64. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):167-75.
 65. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord*. 1998;49(1):59-72.
 66. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL, Gallop R. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):409-16.
 67. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1007-13.
 68. Meyer JH, McMain S, Kennedy SH, Korman L, Brown GM, DaSilva JN, Wilson AA, Blak T, Eynan-Harvey R, Goulding BS, Houle S, Links P. Dysfunctional attitudes and 5-HT-sub-2 receptors during depression and self-harm. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):90-9.
 69. Meyer JH, Houle S, Sagrati S, Carella A, Hussey DF, Ginovart N, Goulding V, Kennedy J, Wildon AA. Brain serotonin transporter binding potential measured with carbon 11-labeled DASB positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(12):1271-9.
 70. Beck AT. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *Am Psychol*. 1991;46(4):368-75.
 71. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008;165(8):969-77.