

A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais

Cognitive-behavioral therapy in the treatment of mental disorders

O modelo cognitivo comportamental surgiu no final dos anos 50 com os trabalhos de Albert Ellis e mais especialmente a terapia cognitiva (CT) no início dos anos 60 com Aaron T. Beck. Desde então, vem exercendo um forte impacto tanto na formulação de novos modelos etiológicos para os transtornos mentais como no seu tratamento.

Beck, um psiquiatra com formação psicanalítica, ao pesquisar pacientes deprimidos, tendo como referência o modelo psicanalítico da depressão, concluiu que neste transtorno o paciente apresentava uma visão distorcida e negativa de si mesmo, do mundo ao seu redor e de seu futuro. Formulou a hipótese de que tal tríade cognitiva negativa seria decorrente de esquemas cognitivos disfuncionais negativos, rígidos e não realísticos, formados durante a infância em decorrência das interações com o ambiente, que seriam os elementos críticos para o surgimento, a manutenção e a recorrência da depressão.¹ Coerente com esse modelo teórico, desenvolveu um conjunto de técnicas com o objetivo de corrigir tais crenças distorcidas e, assim, aliviar os sintomas depressivos. Surgia assim a TC como um novo modelo explicativo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas depressivos e seu tratamento. Ensaios clínicos controlados comprovaram posteriormente que a TC apresentava uma eficácia semelhante à observada com o uso de antidepressivos no tratamento da depressão.^{2,3}

Hipóteses explicativas baseadas no modelo cognitivo mais geral foram sugeridas para os diversos transtornos de ansiedade, como o transtorno obsessivo-compulsivo, a ansiedade generalizada, o transtorno do pânico e a ansiedade social, estendendo-se para a dependência química, os transtornos alimentares e os transtornos de personalidade. Os modelos explicativos de todos esses transtornos propõem um papel dos erros no processamento de informação como fatores de vulnerabilidade cognitiva, os quais, associados a fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, interagem no desenvolvimento e manutenção dos sintomas. No momento, investigam-se modelos cognitivos para outros transtornos como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, entre outros, tentando integrá-los com as recentes descobertas da neurobiologia molecular, da neuro-psicologia e da genética. Estudos de neuroimagem vêm demonstrando os correlatos neurobiológicos da ação da TC no cérebro.⁴

A designação mais abrangente de terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a mais usual na atualidade, pois utiliza ao mesmo tempo intervenções típicas do modelo cognitivo, como as técnicas destinadas à correção de crenças e pensamentos disfuncionais e incorpora técnicas comportamentais da terapia comportamental, como a exposição e o uso de reforçadores, entre outras. A grande aceitação do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental se deve a diversos fatores: 1) a proposição de diversos modelos de grande valor heurístico, que possibilitam uma visão mais abrangente da psicopatologia dos transtornos mentais ao incorporar, aos diferentes modelos etiológicos, o papel dos pensamentos e crenças disfuncionais, além das aprendizagens errôneas; 2) a proposição de modelos e hipóteses testáveis por meio do desenvolvimento de intervenções psicoterápicas geralmente breves, cuja eficácia pode ser facilmente aferida; 3) a curta duração dos tratamentos de transtornos de Eixo I,

que proporciona uma melhor relação custo/benefício em relação aos tratamentos tradicionais; 4) a elaboração de protocolos e manuais que permitem sua padronização e reprodutibilidade por diferentes pesquisadores; 5) o desenvolvimento de escalas e instrumentos para aferição de desfechos e a curta duração dos tratamentos possibilitou um melhor controle de variáveis intervenientes, uma melhor aferição dos resultados - barreiras até hoje não transpostas pelos tratamentos de longa duração possibilitando uma grande expansão da pesquisa da TCC.

A eficácia clínica da TCC tem sido bem estabelecida em estudos controlados, no tratamento de quadros depressivos unipolares,^{2,3,5} tanto em adultos como em crianças, no transtorno do pânico com e sem agorafobia,^{5,6} na fobia social,⁵ no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT),⁵ no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC),^{7,8} e em estudos não controlados na esquizofrenia e na bulimia nervosa.^{5,9} A TCC está sendo testada numa série de outras condições psiquiátricas, como na dependência química, especialmente na prevenção de recaídas, nos transtornos de personalidade, no transtorno delirante, no transtorno do humor bipolar, no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, nos transtornos de impulsos, no tratamento de problemas conjugais, em problemas médicos como a dor crônica, entre outros.⁵

Em boa hora, os editores da Revista Brasileira de Psiquiatria decidiram oferecer aos seus leitores um suplemento no qual são descritos os fundamentos e as aplicações da TCC naqueles transtornos cuja eficácia tem sido estabelecida de forma consistente e o uso clínico tem se consagrado pela sua efetividade. Os autores são professores universitários, em sua maioria ligada a cursos de pós-graduação, que além de se dedicarem de longa data à prática e ao ensino da TCC em nosso meio, têm realizado pesquisas de qualidade internacional.

Paulo Knapp e Aaron Beck relatam o histórico das origens e fundamentos teóricos dos diferentes modelos de TCC, apontando as semelhanças e diferenças entre eles. Descreve alguns procedimentos e técnicas característicos da TC, e apresenta dados da literatura que apontam evidências da pesquisa comprovando a eficácia da TC nos diferentes transtornos,

A primeira aplicação da TC foi no tratamento da depressão. Vânia Powell et al. discorrem sobre os fundamentos da TCC no tratamento da depressão e fazem uma revisão das evidências de eficácia em curto e longo prazo da terapia utilizada isoladamente ou em combinação com medicamentos. A TCC também tem se mostrado particularmente eficaz no tratamento dos transtornos de ansiedade. Manfro et al. descrevem o uso da TCC no tratamento dos sintomas do transtorno do pânico e Ito et al. descrevem o uso na fobia social, apontando as evidências de eficácia. A TCC tem se revelado particularmente efetiva no tratamento dos sintomas do TOC. Aristides V. Cordioli apresenta um breve histórico da terapia de exposição e prevenção de respostas bem como a TCC no TOC, seus fundamentos

as técnicas utilizadas, apontando as evidências de eficácia nesse transtorno. É interessante salientar que a abordagem em grupo, de forma breve, na fobia social, no TOC e no transtorno do pânico tem se revelado igualmente efetiva, ampliando as possibilidades dessa abordagem ser utilizada em instituições públicas ou mesmo privadas com grande demanda de pacientes, proporcionando uma melhor relação custo/benefício. A exigüidade do espaço de um suplemento impede a descrição do uso em outros transtornos de ansiedade como no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na ansiedade generalizada (TAG) e nas fobias específicas, nas quais a abordagem vem se consagrando pela sua elevada efetividade, seja como tratamento isolado (nas fobias) ou em combinação com medicamentos (TEPT, TAG, bulimia nervosa).

A TCC tem sido utilizada com sucesso no tratamento de problemas de adicção, especialmente na prevenção de recaídas. Em seu artigo, Bernard Rangé e Alan Marlatt revisam os modelos cognitivos de adicção, de prevenção de recaída e a teoria dos estágios de mudança que embasam a entrevista motivacional. Descrevem as técnicas utilizadas no tratamento desse grave problema de saúde pública.

Felizmente, as residências médicas em psiquiatria e cursos de formação, assim como os cursos de psicologia vêm inserindo a teoria cognitiva e comportamental em seus currículos e disciplinas, bem como o treinamento prático em TCC. Mas ainda são poucos os profissionais médicos que utilizam esse enfoque na sua prática diária.

A decisão dos editores da RBP de lançar um suplemento com o objetivo de divulgar a TCC entre os leitores da revista é o resultado da preocupação em apresentar esses avanços e situá-los em relação ao estado atual da TCC, e no contexto das demais abordagens dos transtornos psiquiátricos. Uma ampla lista de referências bibliográficas possibilitará ao leitor interessado ampliar seus conhecimentos.

Certamente, o presente suplemento possibilitará ao leitor menos familiarizado um primeiro contato com a TCC, especialmente no tratamento daqueles transtornos cuja eficácia está solidamente estabelecida e cuja efetividade tem sido consagrada pelo uso clínico e um estímulo para que venha a interessar-se por essa modalidade de tratamento.

Aristides Volpato Cordioli

Programa de Transtornos da Ansiedade,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),
Porto Alegre (RS), Brasil

Paulo Knapp

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

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
Aristides Volpato Cordioli	UFRGS	—	—	Ministra cursos eventualmente pagos*	—	—	Recebe direitos autorais*
Paulo Knapp	Consultório próprio	—	—	Ministra cursos eventualmente pagos*	—	—	Recebe 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.

Nota: UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para mais informações, consultar as Instruções aos autores.

Referências

1. Padesky CA, Aaron Beck - Mind, man and mentor. In: Leahy RL, editor. *Contemporary cognitive therapy – Theory, research and practice*. New York: The Guilford Press; 2006. Chapter 1. p. 3-24.
2. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollons SD. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out patients. *Cognitive Ther Res*. 1977;1:17-38.
3. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD, Lustman PJ. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(1):33-41.
4. Beck AT. The Evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008;165(8):969-77.
5. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):17-31.
6. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88(1):27-45.
7. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(1):44-52.
8. Volpato Cordioli A, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72(4):211-6.
9. Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD000562.