

Terapia cognitivo-comportamental da depressão

Cognitive-behavioral therapy for depression

Vania Bitencourt Powell,¹ Neander Abreu,²
Irismar Reis de Oliveira,³ Donna Sudak⁴

Resumo

Objetivo: Descrever o uso de técnicas cognitivas e revisar os estudos de eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão. **Método:** Revisão não-sistemática proveniente dos estudos originais, complementada por informações provenientes de metanálises e livros-texto especializados. **Resultados:** Foram descritos os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão e revisadas as evidências de eficácia em curto e longo prazo. Discutimos igualmente o uso de tratamento farmacológico concomitante à terapia cognitivo-comportamental. **Conclusões:** A terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão, quer oferecida de forma isolada ou em combinação com farmacoterapia.

Descritores: Depressão; Transtorno depressivo maior; Terapia cognitiva; Epidemiologia; Farmacoterapia

Abstract

Objective: To describe the use of cognitive techniques and to review studies on the efficacy of CBT in the treatment of depression. **Method:** A non-systematic review of the literature of original studies complemented with data from meta-analyses and specialized textbooks. **Results:** The fundamentals of cognitive-behavioral therapy in the treatment of depression are described and the evidence of short- and long-term efficacy is reviewed. The use of pharmacological therapy in conjunction with CBT is also discussed. **Conclusions:** CBT in the treatment of depression is one of the therapeutic modalities with the highest empirical evidence of efficacy, whether applied alone or in combination with pharmacotherapy.

Descriptors: Depression; Depressive disorder, major; Cognitive therapy; Epidemiology; Drug therapy

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador (BA), Brasil

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Bahia, Brasil

³ Serviço de Psiquiatria, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brasil

⁴ Universidade Drexel, Filadélfia (PA), EUA

Correspondência

Irismar Reis de Oliveira
Serviço de Psiquiatria
Hospital Universitário Professor Edgard Santos, 3º andar
Rua Augusto Viana, s/nº
40110-060 Salvador, BA, Brasil
E-mail: irismar.oliveira@uol.com.br

Introdução

A depressão tem alto impacto na vida do paciente e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento.¹

Segundo o texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana,² a depressão pode manifestar-se como episódio depressivo maior (EDM). Neste caso, os critérios do DSM-IV-TR especificam que pelo menos cinco dos nove sintomas que se seguem devem estar presentes: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados, redução da concentração e idéias de morte ou de suicídio. Para o diagnóstico, é necessário que os sintomas durem pelo menos duas semanas e um deles seja, obrigatoriamente, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

A depressão pode também apresentar-se como distímia ou como depressão maior crônica. O *transtorno distímico* é de natureza crônica e caracteriza-se por humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades usuais, embora a intensidade dos sintomas não seja suficiente para preencher os critérios de EDM. Uma distinção chave entre distímia e depressão maior crônica está no modo de início. Se a depressão crônica se iniciou com um episódio depressivo maior completo, o diagnóstico é depressão maior crônica. Se, entretanto, o início foi leve e mais insidioso e tomou pelo menos dois anos para alcançar as proporções do EDM, o diagnóstico é distímia.³

A depressão maior apresenta-se com características diagnósticas similares, segundo a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10.⁴ De acordo com a CID-10, o número e a gravidade dos sintomas permitem classificar o episódio depressivo em três graus: leve, moderado ou grave. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhado de outros sintomas citados a seguir: concentração e atenção assim como auto-estima e autoconfiança reduzidas, aliadas à interferência funcional ou social. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir associado aos sintomas ditos “somáticos”, a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.

Os episódios depressivos podem dar-se no contexto do transtorno bipolar do humor. Este se caracteriza por um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos, geralmente alternados com um ou mais episódios depressivos. Embora se utilizem os mesmos critérios diagnósticos para as depressões bipolar e unipolar, elas são tratadas de forma diferente do ponto de vista farmacológico.⁵

Neste artigo, pretendemos apresentar o uso da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes com EDM, descrevendo e analisando as características do transtorno, as técnicas empregadas e a eficácia deste modelo de tratamento. Para isto, foi realizada uma busca dos principais estudos clínicos por meio de revisão não-sistemática via Medline, SciELO e PsychInfo, e complementada com livros-texto de referência sobre o tema. A apresentação do modelo cognitivo e do tratamento é seguida por uma discussão sobre sua eficácia.

Aspectos epidemiológicos

O EDM encontra-se entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. Em estudo realizado nos Estados Unidos, utilizando-se os critérios do DSM-IV,⁶ estimaram-se as taxas de 16,2% para toda a vida e de 6,6% ao longo de 12 meses.⁷

Para muitos pacientes, o transtorno é crônico e recorrente. Estudos de acompanhamento demonstram que até 30% deles ainda se encontram deprimidos após um ano, 18% após dois anos e 12% após cinco anos. Muitos pacientes tratados mantêm sintomas residuais e subsindrômicos que conduzem a desfechos desfavoráveis, como risco mais elevado de recaídas e suicídio, empobrecimento das funções psicossociais e mortalidade elevada decorrente de outras doenças clínicas. Dentre os pacientes que se recuperam de um episódio depressivo, mais de 50% recaem.⁸ A volta dos sintomas depressivos durante o tratamento de manutenção com antidepressivos ocorre em taxas que variam de 9 a 57%.⁹

A maior preocupação no acompanhamento desses pacientes é o suicídio, associado significativamente à depressão maior. Com base nos resultados de uma metanálise, o risco foi estimado entre 2,2% nos pacientes ambulatoriais menos graves e 8,6% naqueles com depressão mais grave e histórico de hospitalizações.¹⁰ Por causa de sua elevada prevalência e resultante incapacitação (a depressão maior classifica-se como a segunda maior causa de incapacitação ajustada para os anos de vida nos países desenvolvidos),¹ a preocupação em prevenir o EDM recorrente é relevante e tem sido alvo de investigação tanto com tratamento medicamentoso quanto com abordagens psicoterápicas.¹¹⁻¹⁵

O modelo cognitivo da depressão

Na década de 60 do século passado, Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à importante conclusão de que a depressão resulta de hábitos de pensamentos extremamente arraigados e descreveram os conceitos fundamentais da TCC. Beck^{16,17} observou que humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana. Em outras palavras, a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Esta nova abordagem enfatizando o pensamento foi denominada por Beck de “terapia cognitiva” (TC).¹⁶ Atualmente, conta com mais de 300 ensaios clínicos controlados que atestam sua eficácia, sendo a abordagem psicoterápica com maior amparo empírico.^{18,19}

Assim, a TC, ou TCC tal como desenvolvida por Beck, é a mais bem pesquisada forma de tratamento envolvendo qualquer transtorno psicológico.¹⁸ Muitos estudos e metanálises indicam que ela é efetiva no tratamento da depressão, seja leve, moderada ou grave. Além disso, a efetividade da TCC na depressão é tão ou mais robusta do que a farmacoterapia ou outros tipos de intervenções psicológicas (por exemplo, terapia interpessoal ou tratamento de apoio).²⁰ A TCC tem tido o benefício adicional notado em muitos estudos: provoca resposta mais duradoura em comparação com o tratamento farmacológico e pode proporcionar um efeito substancialmente protetor quanto às recorrências.^{15,21}

Tríade cognitiva

O modelo cognitivo de Beck para a depressão pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas.¹⁶ A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo:

“Sou uma pessoa chata”, “Sou desinteressante”, “Sou muito triste para gostarem de mim”); na visão negativa do mundo, incluindo relações, trabalho e atividades (por exemplo: “As pessoas não apreciam meu trabalho”), e na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança. Os pensamentos mais típicos e expressões verbais sobre a visão negativa do futuro incluem: “As coisas nunca vão melhorar”, “Nunca vou servir para nada” ou “Nunca serei feliz”. Quando tais pensamentos se associam à ideação suicida, a desesperança torna-se mais intensa, e a morte pode ser compreendida pelos pacientes depressivos como alívio para a dor ou sofrimento psicológicos ou como saída diante da percepção de uma situação como impossível de ser suportada.²²

Beck et al. observaram que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas.²³ Esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa auto-estima e desesperança.

Distorções cognitivas

As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas.^{24,25}

As distorções cognitivas mais comuns nos pacientes deprimidos foram observadas por Beck et al.²³ como um sistema tipológico e, dentre elas, encontram-se a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo). Uma série maior de distorções é descrita por Beck e outros.^{23,25} As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e freqüentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes.²⁶

Aplicação da terapia cognitiva

A TC da depressão é um processo de tratamento que ajuda os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor. As estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental da depressão envolvem trabalhar três fases:²⁷

- 1) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos;
- 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; e
- 3) mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema.

Uma das vantagens da TC é o caráter de participação ativa do paciente no tratamento, de modo que ele (ou ela) é auxiliado a: a) identificar suas percepções distorcidas; b) reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; c) encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e d) gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a

determinadas situações em um processo chamado reestruturação cognitiva.²⁴

Há críticas equivocadas quanto à TC de que os terapeutas desta abordagem teriam tendência a estabelecer o “poder do pensamento positivo”. Na verdade, a TC é baseada no poder do pensamento realista, isto é, na extensão em que se pode conhecer a realidade.²⁷ No tratamento da depressão, este aspecto tem grande relevância clínica, pois ajuda o paciente a considerar as crenças verdadeiras ou não relacionadas aos fatos, auxiliando o julgamento realístico dos fatores que mantêm a depressão.

Ativação comportamental

Como o alívio dos sintomas é o objetivo inicial do tratamento, o comportamento é importante nesta abordagem. Uma das bases teóricas dos procedimentos do tratamento para a depressão na TC vem da teoria de Lewinsohn,^{28,29} que diz que a aprendizagem social e o reforço positivo são fatores que contribuem para o início e a manutenção dos estados depressivos. Sua teoria afirma que os pacientes sentem depressão porque estão experimentando redução no reforço geral do mundo externo – decorrente da redução do reforço positivo e/ou excesso de experiências aversivas. A depressão é conceituada nesse modelo como um círculo vicioso de retraimento gradual do paciente ante as atividades positivas e a perda exponencial do reforçamento. Assim, o terapeuta precisa trabalhar de modo incisivo para aumentar o envolvimento do paciente deprimido em atividades de reforço e interações sociais.

As estratégias comportamentais empregadas na TC são derivadas do modelo de psicopatologia de Lewinsohn^{28,29} e são empregadas de forma flexível. Essas estratégias são planejadas especificamente para o paciente em questão e usadas de modo a envolvê-lo, proporcionar alívio dos sintomas e obter dados relevantes para o processo terapêutico.

A primeira estratégia, o agendamento e o monitoramento de atividades, pode ser uma ferramenta poderosa usada nos pacientes com depressão. Este é instruído a registrar suas atividades a cada hora, durante alguns dias. O registro é feito na medida do possível nas situações, a fim de evitar as distorções decorrentes do humor depressivo e de dificuldades de memória. O agendamento de atividades pode ser usado de forma flexível pelo clínico e pelo paciente para monitorar as atividades (corrigir distorções sobre o modo como o paciente pensa que está passando seu tempo e para avaliar as atividades associadas ao domínio e ao prazer), para agendar atividades prazerosas e atividades produtivas (particularmente para os pacientes deprimidos que se permitem essas atividades) e para identificar as atividades ligadas a afetos muito positivos ou muito negativos. A técnica fornece ao paciente e ao terapeuta dados sobre como o paciente está funcionando. O agendamento de atividades pode ser usado para planejar tarefas comportamentais e registrar os resultados. Isto desfaz a necessidade do paciente tomar decisões quanto ao que fazer – as atividades que deve experimentar já estão decididas. Além disso, o procedimento dá ao paciente controle sobre seu tempo, reconhece seus esforços no sentido de realizar atividades e registra as realizações verdadeiras. Esta técnica pode representar um apoio poderoso a ser usado com os pacientes em tratamento farmacológico, pois estes podem registrar os efeitos colaterais, as atividades e as mudanças nos sintomas. Esta intervenção relativamente simples pode mostrar a relação entre os sintomas depressivos e a falta de comportamentos propositados e positivos, abrindo, assim, caminho para a resolução de problemas.²³

Na TCC, os déficits em habilidades são conceituados como fatores que podem contribuir para a depressão. Por exemplo, se o indivíduo não consegue lidar com relacionamentos interpessoais, ele perde importante oportunidade de gerar retorno sob a forma de reforço positivo. Uma contribuição significativa de Beck e outros pesquisadores para o modelo é a idéia de que, além da redução do reforço positivo, o paciente deprimido amplia seus sintomas pelas avaliações cognitivas e conclusões falhas que tira da falta de reforço positivo. Por exemplo, os pacientes deprimidos realizam cada vez menos atividades e concluem que não há solução para eles. Quando o terapeuta ajuda o paciente a mudar o comportamento, isto traz evidências diretas de que as avaliações cognitivas estão incorretas. O paciente então tem um poderoso exemplo de como as imprecisões em seu pensamento levaram a emoções e respostas comportamentais disfuncionais, e o tratamento avança por meios cognitivos e comportamentais rumo à correção do problema.³⁰

Reestruturação cognitiva

As sessões iniciais são também dirigidas à definição dos problemas dos pacientes, elaborando-se a conceituação cognitiva ou formulação do caso. Nessas sessões, o terapeuta ajudará o paciente a identificar: 1) as crenças disfuncionais específicas associadas à depressão; 2) as distorções cognitivas mais comuns e a caracterização dos pensamentos automáticos; 3) as reações fisiológicas, emocionais e comportamentais conseqüentes aos pensamentos; 4) que comportamentos foram desenvolvidos para enfrentar as crenças disfuncionais; e 5) como as experiências anteriores têm contribuído na manutenção das crenças do paciente. A seguir, uma vez que o paciente tenha conhecimento sobre os fatores mantenedores do comportamento depressivo, serão aplicadas nas sessões intermediárias técnicas que auxiliem o paciente no manejo dos sintomas.²⁴

1. Evocação de pensamentos e pressupostos

A depressão gera imobilidade e pessimismo. Assim, os pacientes apresentam dificuldade para começar qualquer tarefa e para identificar as vantagens de realizar alguma atividade. Técnicas que ajudem a identificar os pensamentos e como estes afetam as emoções e comportamentos parecem ter papel fundamental para ajudar os indivíduos com depressão.

Deve-se recordar que a meta da TC no EDM é facilitar a remissão da depressão e ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta. As técnicas cognitivas devem auxiliar as metas da terapia e não devem ser utilizadas como processo que gere dependência. O paciente deve ser estimulado a enfrentar os problemas relacionados ao EDM e o terapeuta não deve ajudá-lo em cada problema, pois isso pode privá-lo de fortalecer suas próprias habilidades.²³ Uma série extensa de técnicas cognitivas e a discussão de suas aplicações pode ser encontrada no excelente manual de técnicas de Leahy.²⁷ Apresentaremos algumas que têm se mostrado mais eficazes no tratamento do EDM.

2. Explicação de como os pensamentos geram sentimentos

Uma pergunta direta realizada pelo terapeuta, como *“o que você pensou exatamente naquele momento?”* ou *“o que acaba de passar por sua mente agora?”*, quando o paciente exhibe mudança do humor, pode ser completada com uma tabela na qual se descreva em duas colunas paralelas: 1) Eu penso que...; 2) Portanto, sinto-me... Pode haver no início deste tipo de recurso dificuldades para identificar corretamente pensamentos e sentimentos, podendo ser necessária ajuda do terapeuta para este fim.²⁷

3. Registro de pensamentos disfuncionais

Este tipo de recurso aumenta a objetividade e facilita que o indivíduo se lembre de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões. Geralmente, o indivíduo necessita de treinamento para o uso do diário, sendo capaz de identificar os pensamentos automáticos apontando primeiro os estados emocionais. O recurso envolve um registro aonde são anotados, seqüencialmente, o evento e o pensamento que se sucedeu ao evento – que ocorre quando de uma emoção ou comportamento problemático. Existe uma coluna adicional para o registro de uma nota referente a quanto o paciente acredita que aquele pensamento seja verdadeiro. Esta coluna ajudará progressivamente o indivíduo na identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais que se constituam em foco de atenção mais produtivo. A seguir, registra-se a emoção e avalia-se o grau de emoção (numa escala de 0 a 10 ou 0 a 100). Para ajudar o paciente, comparações com o máximo de emoção (por exemplo, tristeza) podem ser úteis para uma avaliação mais realista.²³ Os registros de pensamentos também incluem uma coluna de evidências, bem como uma coluna para gerar o pensamento alternativo sobre a situação. Finalmente, pede-se ao paciente que quantifique o quanto acredita no novo pensamento, assim como a intensidade da emoção.³¹

4. Registro de Pensamentos com Base no Processo (RPBP)

Um de nós desenvolveu recentemente o RPBP, com sete colunas, para lidar com crenças nucleares por meio da combinação da reversão de sentenças e a analogia com um processo jurídico.³² Este método poderá ser útil na reestruturação das crenças negativas de pacientes portadores de depressão. Apesar de ainda não ter sido realizado ensaio clínico testando o método em comparação com outros métodos convencionais, relatos de casos dão conta de seu potencial neste sentido. A inspiração para seu desenvolvimento veio da novela surreal de Franz Kafka, *“O Processo”*.³³ A base racional para a proposta do RPBP é que ele seria útil em tornar os pacientes conscientes de suas crenças nucleares sobre si mesmos (auto-acusações) e engajá-los em um processo construtivo a fim de desenvolverem crenças nucleares mais positivas e funcionais. O RPBP incorpora de modo sistematizado outras técnicas já tradicionais em TC, como a seta descendente,³⁴ exame das evidências,²⁷ técnica do advogado de defesa ou ponto-contra-ponto,³⁵ reversão de sentenças,³⁵ seta ascendente,³⁶ desenvolvimento de esquemas mais positivos²⁷ e o diário de afirmações positivas.²⁴

5. Seta descendente

Pensamentos automáticos negativos ou disfuncionais podem revelar-se verdadeiros em algumas situações. Sentir-se rejeitado ou inapto para determinada atividade pode estar efetivamente acontecendo com o paciente. O que é importante nesses casos é investigar quais são as crenças subjacentes que potencializam o pensamento, questionadas através de um método de questionamento socrático denominado *seta descendente*.³⁴ Este método é também utilizado para ajudar o paciente a desenvolver um raciocínio autônomo para questionar as evidências e criar pensamentos e avaliações alternativas. Esta confrontação das evidências dos pensamentos pode ajudar o paciente a despotencializá-las, reduzindo os sentimentos de medo, tristeza ou desmotivação. A seta descendente é uma técnica bastante útil e ajuda a atingir crenças que mantêm o quadro depressivo.

Duração do tratamento e remissão dos sintomas

Ainda que haja pacientes que necessitem de um número maior de sessões para o tratamento com TC, normalmente a terapia prioriza o atendimento em curto-prazo, com um número de sessões variando de 6 a 20.³⁷ As sessões estruturadas auxiliam os pacientes também a desenvolverem um senso de controle pessoal; ao aprenderem técnicas para serem “terapeutas” de si mesmos, contribuem também para a redução do tempo de terapia. Pacientes com transtornos de personalidade podem levar mais tempo em terapia, até mais de 12 meses.⁹ Estes pacientes, muitas vezes, tendem a abandonar mais facilmente o tratamento e o terapeuta deve estar atento aos comportamentos de adesão do paciente. Adicionalmente, deve-se estar atento às possibilidades de abandono ou interrupção precoce do tratamento após a remissão dos primeiros sintomas que tendem a manter o indivíduo com menos atividade e menos confiante. À medida que os sintomas melhoram, pode haver tendência ao abandono precoce do tratamento.

Prevenção de recaídas

As sessões finais de terapia são destinadas à avaliação dos ganhos na terapia e à prevenção de recaída. A melhora do paciente pode ser fornecida como recurso para o enfrentamento de novas situações que incluam perdas e adaptações a novas situações-problema. Desde o início, destacar que a terapia tem tempo limitado, desmistificar o processo terapêutico relacionando-o com a identificação dos pensamentos, seus questionamento e reestruturação, aumentar a confiança do paciente a partir de seus ganhos e solicitar progressivamente o papel ativo do paciente são recursos que facilitam também o processo para finalização da terapia e gerar confiança no paciente para dar prosseguimento à vida. Nesse sentido, vale a pena destacar que é necessário ensinar o paciente a lidar com a possibilidade de retorno dos sintomas depressivos. Ruminações sobre recorrência de sintomas depressivos e suas implicações aumenta o risco de recaída. O aprendizado do paciente como “terapeuta de si mesmo” deve facilitar o enfrentamento da recorrência dos sintomas e as sessões finais da terapia devem abordar este fator.³⁸

A volta dos sintomas depressivos durante o tratamento de manutenção com antidepressivos é, infelizmente, comum, ocorrendo numa taxa que varia entre 9 e 57% nos diferentes estudos. Assim, outra questão importante diz respeito à capacidade da TC em prevenir depressão unipolar recorrente, comparativamente aos tratamentos farmacológicos.¹³

Fava et al.¹³ sugeriram que a terapia cognitiva dos sintomas residuais de episódios depressivos tratados com medicações produz substancial diminuição das recaídas. Em estudo preliminar envolvendo 40 pacientes, aqueles com depressão maior recorrente que haviam sido tratados com sucesso com antidepressivos foram randomicamente alocados em dois grupos, um tratado com TC dos sintomas residuais e outro com tratamento clínico convencional. Em ambos os grupos, após 20 semanas de tratamento, a administração de antidepressivos foi reduzida e interrompida. Dois anos de seguimento foram empreendidos, sem que medicamentos fossem utilizados, exceto em caso de recaída. O grupo com TC apresentou significativa redução dos sintomas residuais, comparado ao grupo que recebeu tratamento clínico convencional. A TC também proporcionou baixas taxas de recaídas (25%), em comparação com o manejo clínico (80%).

Dados referentes aos mesmos pacientes do estudo acima foram publicados após quatro e seis anos de seguimento.^{12,14} O tratamento com TC resultou em significativa redução das taxas de recaídas em

quatro anos (35% vs 70%).¹² Após seis anos de seguimento,¹⁴ dez dos pacientes do grupo em TC (50%) e 15 dos pacientes em tratamento convencional (75%) recaíram. Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Quando múltiplas recaídas foram consideradas, os pacientes submetidos à TC tiveram significativamente menos episódios e responderam ao mesmo antidepressivo utilizado no episódio basal do estudo. Os autores concluíram que a TC tem evidente efeito protetor até quatro anos de seguimento, enfraquecendo posteriormente. Entretanto, a TC dos sintomas residuais proporciona redução do número de episódios de depressão maior em longo prazo.¹² Segundo Fava et al.,¹² tais resultados desafiam a suposição de que o tratamento farmacológico prolongado seja a única forma de prevenir recaídas nos pacientes com depressão recorrente.

Contudo, como os pacientes com EDM preveniriam cognitivamente as recaídas? Uma proposta mais recente denominada de “*consciência metacognitiva*” (CM) poderia ser uma forma de explicação para este fenômeno.^{39,40} Em vez de considerar a modificação de crenças disfuncionais como o recurso de prevenção de recaídas, a CM propõe que os pensamentos e sentimentos negativos do EDM são vivenciados como eventos mentais e não como expressão da realidade. À medida que o paciente evolui em seu quadro depressivo, ele passa a não aceitar automaticamente os pensamentos negativos. Esta hipótese, ainda em investigação, parece ser bastante útil como base racional para explicar o sucesso alcançado pela TC na prevenção de recaídas.

Um estudo⁴¹ acompanhou por dois anos pacientes com EDM. Os pacientes com EDM moderado a grave estavam em média em seu terceiro episódio e foram divididos em três grupos: antidepressivo (AD); TC com manutenção mensal e AD na fase aguda; e TC com manutenção mensal (AD: 31%; TC mensal: 36%; AD + TC mensal: 24%). Ao fim de 24 meses não houve diferença significativa na taxa de recaídas. Este estudo mostrou uma eficácia da terapia na manutenção da remissão e prevenção pelo menos similar a dos AD. Assim, a farmacoterapia de manutenção parece ser necessária para alguns pacientes, ficando a TC como alternativa viável para outros.

TC e farmacoterapia

O estudo pioneiro da TC na depressão ocorreu em 1977.⁴² Os autores a compararam com a imipramina e concluíram que a TC apresentava resultados significativamente melhores. O estudo, entretanto, não incluiu placebo como controle. Outra crítica importante é que a equipe não estava cega quanto à condição de tratamento. Uma vez que o primeiro autor estava muito envolvido com o desenvolvimento da TC da depressão, havia necessidade de mais estudos para confirmar essa eficácia. Em meados da década de 1980, já havia número suficiente de estudos, o que permitiu que Dobson realizasse uma metanálise na qual 28 estudos foram incluídos, tendo demonstrado superioridade significativa da TCC em comparação com medicamentos e outros tratamentos psicológicos.²⁰ Nos anos subseqüentes, numerosos estudos indicaram que a TCC apresentava eficácia significativa na depressão maior e que ela garantia maior duração quando comparada ao tratamento farmacológico. A única exceção foi o projeto de pesquisa colaborativo sobre a depressão (*Collaborative Depression Research Project*, TCDPR) do National Institute of Mental Health (NIMH), grande ensaio multicêntrico da TCC comparada à terapia interpessoal (TIP), ao tratamento farmacológico e ao placebo. A TC foi tão eficaz quanto a TIP e a imipramina nas depressões leve e moderada, porém, nas depressões mais graves, a TIP e a imipramina apresentaram melhor desfecho.⁴³ Análise posterior dos dados desse estudo realizada por

DeRubeis et al.⁴⁴ indicou que houve diferenças significantes na eficácia em diferentes centros. Na Filadélfia, aonde a fidelidade dos terapeutas ao modelo foi mais consistente, a TC foi tão eficaz quanto a TIP ou quanto a medicação. DeRubeis e Feeley pesquisaram a fidelidade do terapeuta ao modelo mais tarde e concluíram que a fidelidade na fase precoce do tratamento predizia a resposta ao tratamento na depressão.⁴⁵

Em seguida ao estudo do TDRCP,⁴³ número significativo de estudos expandiu a base empírica do uso da TC na depressão aguda e crônica, tanto isolada quanto em combinação com medicamentos.^{46,47} Muitos estudos que avaliaram a eficácia da TC foram realizados com o propósito de estabelecer a igualdade ou superioridade da TC em relação à intervenção farmacológica. Greenberg e Fisher compararam o tratamento com antidepressivos e psicoterapia no transtorno depressivo em uma excelente revisão não-sistemática da literatura.⁴⁸ Em outra extensa revisão, Greenberg e Fisher já haviam concluído que vários ensaios clínicos bem conduzidos que compararam psicoterapias ativas e diretivas (a exemplo das terapias cognitiva e interpessoal) com os antidepressivos sugeriam que os pacientes ambulatoriais que eram submetidos à psicoterapia evoluíam tão bem ou às vezes melhor do que aqueles que receberam medicações.⁴⁹ Também concluíram que, embora as medicações melhorassem sintomas relacionados com o sono, a psicoterapia era mais efetiva em ajudar os pacientes com depressão e apatia. Além disso, diferentemente da psicoterapia, as medicações mostraram-se incapazes de ajudar os pacientes ambulatoriais a ajustarem-se socialmente, em suas relações interpessoais e no desempenho profissional.⁵⁰

Revisões sistemáticas e metanálises encontraram resultados semelhantes.^{20,21,51-53} Esses estudos ofereceram evidências da eficácia do tratamento farmacológico do EDM com os antidepressivos tricíclicos;^{21,51} vantagens do tratamento tanto da farmacoterapia quanto da psicoterapia isoladas;⁵³ e a vantagem da psicoterapia com relação às taxas de abandono e recorrências.⁵⁴ Um grande ensaio clínico⁵⁵ envolvendo 681 pacientes com depressão maior não-psicótica comparou a nefazodona, um modelo recentemente desenvolvido de TC, o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental, e a combinação de ambos. O total de 16-20 sessões foram conduzidas em 12 semanas. Considerando-se apenas os pacientes que concluíram o estudo, a remissão ou uma resposta satisfatória foram alcançadas em 85% dos casos no grupo que recebeu o tratamento combinado e em 55% dos casos no grupo tratado com nefazodona isolada.

A maioria dos estudos envolvendo tratamentos combinados conduzidos até o presente foram heterogêneos quanto às medicações avaliadas e não empregaram farmacoterapia adequada como é implementada na prática clínica; assim, torna-se difícil tirar conclusões adequadas em relação aos benefícios adicionais dos tratamentos combinados *versus* o uso de ambas as modalidades isoladas. Não obstante, várias revisões e uma interessante metanálise indicam que, nos casos de depressão grave, pode haver um benefício adicional significativo com o uso combinado de medicações e os tratamentos cognitivo-comportamentais.^{21,56} Vários estudos foram realizados com o propósito de contrapor-se às objeções levantadas a respeito dos dados obtidos nos estudos iniciais da TCC da depressão. O mais impressionante é que, em 2005, DeRubeis e Hollon⁵⁷ publicaram um estudo definitivo comparando a TCC com medicamentos, incluindo um grupo controle de placebo e um protocolo de potencialização para os pacientes não responsivos à medicação inicial. Este estudo também incluiu pacientes com depressão moderada a severa e que tinham

transtornos comórbidos de ansiedade e de personalidade. A TCC e a farmacoterapia tiveram desempenho semelhante no tratamento agudo da depressão.

Talvez os achados mais impressionantes nos estudos da TCC da depressão digam respeito à duração do efeito, como foi discutido acima. Os pacientes que respondem à TCC apresentam resposta significativamente mais duradoura do que os pacientes cuja depressão foi tratada com medicações. Muitas revisões recentes descrevem diminuição substancial da resposta antidepressiva mesmo quando o paciente continua a tomar os medicamentos de forma adequada, fenômeno que ocorre em 26% do tempo.⁵⁸

A recorrência da depressão maior é comum. Vários estudos tentaram prevenir esta recorrência através de novas estratégias na TCC. Jarret et al. mostraram que sessões de reforço trazem efeito substancial sobre a recorrência da depressão nos pacientes crônicos que respondem à TCC.⁴⁶ Vários estudos avaliaram o tratamento sequencial com medicamentos e TCC através de um breve protocolo de TCC empregado tanto individualmente quanto em grupos, seguindo-se à resposta ao tratamento farmacológico, incluindo-se os estudos de Fava et al. descritos previamente.¹²⁻¹⁴ Bockting et al.⁵⁸ e Paykel et al.⁵⁹ obtiveram resultados igualmente impressionantes por meio de estratégias individuais e grupais com um protocolo de tratamento de muito curto prazo. A TC baseada na atenção plena (*mindfulness*) também tem sido utilizada de forma bem sucedida no tratamento da depressão, a fim de prevenir recorrências após a remissão ter sido alcançada.⁶⁰

Em conclusão, a TCC é uma das abordagens que apresentam mais evidências empíricas de eficácia no tratamento da depressão, quer oferecida de forma isolada ou em combinação com farmacoterapia.

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
Vania Bitencourt Powell	Escola Baiana de Medicina	---	---	---	---	---	---
Neander Abreu	UFRB	---	---	---	---	---	---
Irismar Reis de Oliveira	UFBA	Acadia*** Astra-Zeneca*** Bristol*** Janssen*** Lilly*** Pfizer***	---	Astra-Zeneca* Bristol* Janssen* Lundbeck* Servier*	---	Astra-Zeneca* Janssen*	---
Donna Sudak	Drexel University Thomas Jefferson University The Beck Institute for Cognitive Therapy	---	---	---	---	---	Elsivier Lippincott Williams and Wilkins APPI Press John Wiley and Sons

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFRB = Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; UFBA = Universidade Federal da Bahia.

Para mais informações, consultar as instruções aos autores.

Referências

- Murray CJ, Lopez AD, editors. *The global burden of disease series*. Boston, MA: Harvard School of Public Health; 1996.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. 4th Edition Text Revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- Klein D. Diagnosis and classification of dysthymic disorder. In: Kocsis JH, Klein DN, editors. *Diagnosis and treatment of chronic depression*. New York: Guilford; 1995.
- World Health Organization (WHO). *ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems (10th edition)*. Geneva, SR: World Health Organization (WHO); 1992.
- Thase ME. Pharmacotherapy of bipolar depression: an update. *Curr Psychiatr Rep*. 2006;8:478-88.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.
- Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Psychotherapies, alone and in combination. In: Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME, editors. *Treating depression effectively: applying clinical guidelines*. London: Martin Dunitz; 2004.
- Byrne SE, Rothschild AJ. Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy: possible mechanisms and treatments. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(6):279-88.
- Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925-32.
- Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. Psychotherapy versus medication for depression: challenging the conventional wisdom with data. *Prof Psychol Res Pract*. 1995;26(6):574-85.
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153(7):945-7.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(9):816-20.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*. 1998;155(10):1443-5.
- Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):455-68.
- Beck AT. Thinking and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;9:324-33.
- Beck AT. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
- Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):953-9.
- 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.
- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(3):414-9.
- Hollon SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):88-99.
- Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: International University Press; 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.
- Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
- Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. *Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice*. New York: Guilford Press; 2006.
- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. *Am Fam Phys*. 2006;73(1):83-6.
- Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
- Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RM, Katz MM, editors. *The psychology of depression. Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley; 1974.
- Lewinsohn PM. The behavioral study and treatment of depression. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM, editors. *Progress in behavior modification*. Vol. 1. New York: Academic Press; 1975.
- Sudak DM. *Cognitive behavioral therapy for clinicians*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2006.
- Padesky CA, Greenberger D. *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press; 1995.
- de Oliveira IR. Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversal and the use of analogy with a judicial process. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):12-8.
- Kafka F. *The trial*. New York: Schocken; 1998.
- Burns DD. *Feeling good: the new mood therapy*. New York: Signet; 1980.
- Freeman A, DeWolf R. *The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them*. New York: Harper Perennial; 1992.

36. De-Oliveira IR. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with "yes, but..." dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *Eur Rev Appl Psychol.* 2007;57:17-22.
37. Blenkiron P. Who is suitable for cognitive therapy behavioural therapy? *J R Soc Med.* 1999;92(5):222-9.
38. Deckersbach T, Gershuny BS, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(4):795-809.
39. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(2):275-87.
40. Blackburn IM, Eunson KM, Bishop S. A 2-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord.* 1986;10(1):67-75.
41. 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.
42. Rush AJ, Beck AT, Kovacs M, Hollon SD. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out-patients. *Cog Ther Res.* 1977;1:17-37.
43. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkings PA, Leber WR, Docerty JP. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):971-82.
44. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive-behavioral therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry.* 1999;156(7):1007-13.
45. DeRubeis RJ, Feeley M. Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cog Ther Res.* 1990;14:464-82.
46. Jarrett RB, Schaffer M, McIntire D, Witt-Browder A, Kraft D, Risser RC. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:431-7.
47. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD, Wiemer MY, Garvey MS, Grove WM, Tuason VB. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(10):774-81.
48. Greenberg RP, Fisher S. Mood mending medicines: probing drug, psychotherapy and placebo solutions. In: Fisher S, Greenberg RP, editors. *From placebo to panacea: putting psychiatric drugs to the test.* New York: John Wiley & Sons; 1997.
49. Greenberg RP, Fisher S. Examining antidepressant effectiveness: findings, ambiguities, and some vexing puzzles. In: Fisher S, Greenberg RP, editors. *The limits of biological treatments for psychological distress.* Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1989.
50. de Oliveira IR. The treatment of unipolar major depression: pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both? *J Clin Pharm Ther.* 1998;23(6):467-75.
51. Conte HR, Plutchik R, Wild KV, Karasu TB. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry.* 1986;43(5):471-9.
52. Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull.* 1990;108(1):30-49.
53. Wexler BE, Cicchetti DV. The outpatient treatment of depression. Implications of outcome research for clinical practice. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(5):277-86.
54. de Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Dis.* 2001;64(2-3):217-29.
55. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, Markowitz JC, Nemeroff CB, Russell JM, Thase ME, Trivedi MH, Zajecka J. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Eng J Med.* 2000;342:1462-70.
56. Friedman ES, Wright JH, Jarrett RB, Thase ME. Combining cognitive therapy and medication for mood disorders. *Psychiatr Ann.* 2006;36:320-8.
57. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Saloman 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.
58. Bockting C, ten Doesschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MW, Schene AH: DELTA Study Group. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom.* 2008;77(1):17-26.
59. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, Jenaway A, Cornwall PL, Hayhurst H, Abbott R, Pope M. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(9):829-35.
60. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615-23.