

## **EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR E ANSIEDADE: UMA REVISÃO DE REVISÕES SISTEMÁTICAS**

**Diego Dewes<sup>1</sup>**  
**Margareth da Silva Oliveira<sup>2</sup>**  
**Iana Andretta<sup>3</sup>**  
**Bruna Krimberg von Mühlen<sup>4</sup>**  
**Jéssica Camargo<sup>5</sup>**  
**José Carlos de Carvalho Leite<sup>6</sup>**

### **RESUMO**

Intervenções em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm sido muito estudadas nos últimos anos, tendo em vista evidências da sua efetividade para diversos transtornos da saúde. Este estudo apresenta uma revisão de revisões sistemáticas sobre a efetividade da TCC para transtornos de ansiedade e do humor, publicados entre 2005 e 2010. Treze revisões foram recuperadas e resumidas incluindo efeitos similares da associação entre TCC e recuperação clínica. Os resultados sugerem que a TCC combinada com a abordagem medicamentosa denotou eficácia para os transtornos de humor bipolar, obsessivo compulsivo, depressivo e o de estresse pós-traumático. Benefícios em longo prazo foram verificados na qualidade de vida de indivíduos com transtorno do pânico e fobia social, após sessões de TCC. A TCC foi mais eficaz do que terapia medicamentosa para o tratamento de transtorno de ansiedade generalizada. Em fobia específica, a TCC foi menos eficaz que exposição *in vivo*. Os estudos recuperados sugerem benefícios potenciais da TCC e estudos ainda são necessários para realçar possíveis melhoras nessa modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; efetividade; disfunções mentais ou comportamentais; transtornos do humor e ansiedade; revisão.

### **THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY TO TREAT MOOD AND ANXIETY DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS**

### **ABSTRACT**

Cognitive behavioral therapy (CBT) interventions have been widely studied, since there is evidence of their effectiveness for different pathologies. The present study is a review of systematic reviews on anxiety and mood disorders, published between 2005 and 2010. Thirteen reviews were retrieved and summarized, including mean effects of association between CBT

<sup>1</sup> Graduando do curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

<sup>2</sup> Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor adjunto da Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professor adjunto da Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

<sup>4</sup> Graduanda de Psicologia. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

<sup>5</sup> Graduanda de Psicologia. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

<sup>6</sup> PhD em psicologia pelo Kings' College, Universidade de Londres. Professor adjunto da Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

delivery and clinical recover. The results suggest that the most effective approach for bipolar mood, post-traumatic stress, compulsive obsessive disorders and depression disorders would be a combination of CBT and medication approach. CBT showed better long-lasting results and positive impact in quality of life among those with panic disorders; presenting better results for treatment of social phobia. CBT has been showed to be as effective as drug therapy for treatment of generalized anxiety disorder. CBT and one-session treatment for specific phobia were just less effective than in vivo exposure technic alone. Finally, the retrieved systematic reviews suggest the potential benefits of CBT and more studies are still needed to highlight possible improvements on this treatment modality.

**Keywords:** Cognitive behavior therapy; effectiveness; mental or behavioral dysfunction; affective and anxiety disorders; review.

## **Introdução**

Uma das principais condições de sucesso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) está na sua íntima relação entre ciência e prática e na efetividade demonstrada em diferentes tratamentos. Modelos deste tipo de terapia são testados em estudos correlacionais e experimentais, cujos resultados são usados para modificar tanto os modelos em si, como os procedimentos terapêuticos deles derivados. Uma vez que um tratamento tenha se desenvolvido, a avaliação deste em ensaios controlados tem sido o passo seguinte. Os resultados dos ensaios e a experiência obtida em conduzi-los passam a ser usados para refinar o tratamento em questão a fim de torná-lo mais efetivo. Com o sucesso da TCC, vários estudos de revisão sistemática vêm sendo publicados. Este artigo tem por objetivo avaliar criticamente tais estudos, para descrever as efetividades clínicas desta terapia aplicada a diferentes transtornos do humor e de ansiedade.

## **Método**

Estudos recentes (publicados entre 2005 e 2010) de revisão sistemática (com ou sem meta-análise) sobre o uso da TCC para os transtornos de humor e de ansiedade foram selecionados nas bases de dados EMBASE, AMED, PsycINFO e MedLINE (via Ovid). Não houve restrição de idioma. Somente revisões sistemáticas de estudos controlados de terapia cognitivo-comportamental para os transtornos do humor e de ansiedade foram incluídos. Revisões não-sistemáticas foram excluídas. As seguintes informações foram extraídas dos artigos originais: autoria, tipo de transtorno, delineamento, número de estudos incluídos na revisão, número de sujeitos, principais achados, incluindo média da magnitude de associação entre os efeitos da TCC e sinais de recuperação clínica, diminuição dos sintomas, persistência dos resultados positivos pós-tratamento, baixa nas taxas de desistências e efeitos positivos da terapia.

## **Resultados e Discussão**

Treze estudos foram encontrados, após uma seleção entre 24 estudos. Estes onze estudos foram eliminados por não apresentarem os critérios de inclusão propostos.

### **Transtorno de Humor Bipolar**

O Transtorno de Humor Bipolar (THB) caracteriza-se por oscilações do humor (depressão e mania) que acarretam significativos prejuízos na área biopsicossocial do indivíduo (APA, 1994). Desta forma, o indivíduo acaba desenvolvendo diversos comportamentos

desadaptativos desde sua adolescência, podendo beneficiar-se de tratamento psicoterápico e/ou farmacológico (Scott, 2006; Jamison et al., 1979).

A TCC, em grupos de psicoeducação ou terapia familiar, quando combinada com o tratamento medicamentoso, têm se mostrado efetiva na prevenção de recaídas do THB. Em pacientes com quadro de bipolaridade com predominância depressiva, o melhor tratamento farmacológico verificado – combinado com TCC – tem sido por meio do uso de Valproato, Lítio e Lítio combinado com Imipramina. Em pacientes cuja predominância do transtorno está na fase maníaca, o melhor tratamento tem sido o uso de Olanzapina e TCC (Soares-Weiser et al., 2007).

TCC, Terapia Focada na Família e Terapia Interpessoal e de Ritmo Social (TIRS) apresentaram eficácia no tratamento de sintomas depressivos e prevenção de novos episódios de virada de humor. A psicoeducação, isoladamente, demonstrou auxiliar contra a recorrência de hipomania e mania, mas não para depressão (Sylvia et al., 2008).

A tabela 1 apresenta os estudos de revisão sistemática encontrados para o tratamento de THB. Os autores apresentaram critérios de inclusão para cada estudo, dentre eles, a necessidade de serem estudos experimentais e de possuírem métodos de avaliação da efetividade de intervenções psicossociais e farmacológicas para o tratamento desse transtorno.

Transtorno	Autoria	Tipos de estudos selecionados	Nº total de estudos incluídos	Nº total de sujeitos (n)	Principais achados	Magnitude de associação (média)
THB	Sylvia et al. (2008)	Ensaio Clínico Randomizado	17	aprox. 1360	TCC eficaz para sintomas depressivos e prevenção de variação de humor. Em hipomania e mania, TCC eficaz em estudos de curto-prazo.	NI
	Soares-Weiser (2007)	Ensaio Clínico Randomizado	45	NI	TCC eficaz quando associada com terapia farmacológica	NI
Depressão	Weisz et al. 2006	Ensaio Clínico Randomizado	35	2095	TCC com efeito mediano para depressão, sem diferenças na efetividade para outras técnicas. Fluoxetina e TCC associadas efetivas em jovens. As diversas modalidades de TCC apresentaram efetividade em adultos.	1.053
TEPT	Cloitre (2009)	Ensaio Clínico Randomizado	58	4562	TCC eficaz sem necessidade de fármacos. Terapia cognitiva e terapia de exposição associadas denotam maior efetividade.	0.83
	Mendes et al. (2008)	Ensaio Clínico Controlado	23	1923	TCC é mais eficaz no tratamento de TEPT que outras terapias.	NI
Transtorno de Pânico	Carvalho et al. (2008)	Estudos controlados, Estudos comparativos	439	NI	TCC, terapia cognitiva e comportamental com eficácia semelhante. Terapia cognitiva associada a outra modalidade de terapia aumenta eficácia	NI
	Haby et al. (2006)	Ensaio Clínico Randomizado	19	625	TCC efetiva no tratamento, dependendo da severidade dos sintomas.	0.68
	Mitte (2005)	Ensaio Clínico	124	11283	TCC efetiva na redução de sintomas de ansiedade e depressão. TCC e fármacos apresenta maior efetividade	0,55
Fobia Específica	Choy et al. (2007)	Longitudinal; Curto e longo-prazo	91	NI	Terapia de exposição <i>in vivo</i> mais efetiva para tratamento, em curto prazo. TCC (autoexposição) efetiva em estudos longitudinais.	NI
	Davis et al. (2005)	Ensaio empírico	22	NI	TCC e tratamento de uma sessão apresentam maior efetividade que outros tratamentos, alcançando áreas cognitivas, comportamentais e físicas.	NI
Fobia Social	Segool & Carlson (2008)	Ensaio Clínico Randomizado	15	332	TCC e inibidores da recaptação de serotonina demonstraram efetividade para o tratamento dos sintomas de ansiedade social, problemas e medos sociais e sintomas periféricos. TCC mais eficaz em sintomas de ansiedade social.	0,96
	McEvoy (2007)	Ensaio Clínico Randomizado	8	556	Terapia de Grupo Cognitivo-Comportamental efetiva no tratamento em populações complexas, com sintomas severos e comorbidades. TGCC mais econômica, prática, e com maiores benefícios clínicos em termos de processos grupais do que terapias individuais da TCC.	0,92
TOC	Prazeres et al. (2007)	Ensaio Clínico Randomizado e meta-análises	41 (33 Ensaio Clínico Randomizados e 8 meta-análises com 223 estudos)	(em Ensaio Clínico Randomizados) = 1777	Exposição e prevenção de respostas (EPR) e medicamentos conjuntamente possuem efetividade em criança e adolescentes. TC e EPR associadas reduzem os sintomas obsessivos e compulsivos em pacientes com predominância de pensamentos obsessivos.	NI

## Transtorno Depressivo

O transtorno depressivo vem sendo considerado um dos maiores problemas para os serviços de saúde mundiais, apresentando uma prevalência de 8% a 16% da população (Spek, 2007; Cole & Dendukuri, 2003). Mais de 27% de pessoas que atingem a terceira idade apresentam alguma sintomatologia de depressão, o que diminui sua qualidade de vida, culminando em um prognóstico desfavorável nesta fase do ciclo vital (Smit et al., 2006; Cuijpers & Smit, 2004; Beekman et al. 2002).

O transtorno depressivo maior tem excedido a renda *per capita* anual de países europeus em aproximadamente €2278 (Cuijpers et al., 2007), necessitando de terapias efetivas para seu tratamento ou profilaxia. A TCC mostrou-se eficaz para os sintomas de ansiedade e depressão, assim como tratamentos farmacológicos à base de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e terapias psicodinâmicas de curto-prazo (Serfaty et al., 2009; Vittengl et al., 2007; Weisz et al., 2006; Asarnow et al., 2009; Speck, 2007; De Graaf, et al., 2009; Hollon et al., 2006; Leichsenring & Rabung, 2008).

Adolescentes que apresentam depressão com a presença de comorbidades podem ter melhores resultados na redução dos sintomas depressivos quando se combina a TCC com intervenções medicamentosas (principalmente ISRS), sendo esta abordagem mais eficaz que a fluoxetina isoladamente (Asarnow, et al., 2009; Curry, 2006). Além disso, o uso de ISRS pode apresentar riscos à vida de pacientes depressivos com ideação suicida ou que já tiveram tentativas anteriores de suicídio (Vitiello & Swedo, 2004). Cohen (1988) verificou que as magnitudes de associação encontradas entre o efeito da TCC para tratamento de pacientes deprimidos foi de 0.34, contra uma média de 0.99 de outros estudos, denotando a necessidade de maiores investigações (Reinecke et al., 1998a; Reinecke et al.1998b; Michael & Crowley, 2002). Foi averiguada a associação entre os sintomas depressivos e os sintomas de ansiedade, sendo que tratamentos efetivos para a redução de sintomas de ansiedade em adolescentes também possuem efetividade para uma diminuição dos sintomas de depressão (Weisz et al., 2006).

Na tabela 1 encontram-se as magnitudes de associação encontradas nos estudos para a efetividade das psicoterapias de cunho cognitivo, comportamental, cognitivo-comportamental e suas técnicas específicas no tratamento de depressão. No entanto, artigos podem apresentar vieses de publicação quanto à qualidade metodológica para a verificação da eficácia de intervenções acerca de tratamentos para depressão, necessitando de cuidados na interpretação dos resultados (Cuijpers, 2010).

## Transtorno de Ansiedade Generalizada

Segundo o DSM-IV-TR, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado por uma imensa e incontrolável preocupação e ansiedade, recorrente nos últimos 6 meses (APA, 1994). Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o TAG é um dos mais frequentes transtornos mentais, com taxas de comorbidade acima de 50% (Linden et al, 1996; Kessler et al., 2001; Dick et al., 2001).

A TCC tem se mostrado efetiva para o tratamento de TAG, utilizando-se de técnicas de relaxamento, resolução de problemas, planejamento de atividades de recreação, foco no tratamento para a mudança e o controle antecipatório da preocupação e da catastrofização (Linden et al., 2005). Uma comparação entre as técnicas de relaxamento aplicadas e a terapia cognitiva isoladamente foi realizada, concluindo que ambas são eficazes para o tratamento de TAG, mesmo após 13.7 meses do fim do tratamento, com a realização de um estudo longitudinal (Öst & Breitholtz, 2000).

A terapia farmacológica para este transtorno é baseada em medicamentos que supram alguma deficiência no sistema ácido gamma-amino butírico da neuroquímica cerebral (Nutt, 2001), local de ação dos benzodiazepínicos (Mitte, 2005a). Entretanto, esta classe de fármacos

causa efeitos indesejados (Mitte, 2007). Fármacos como Azapironas e Buspirona atuam como antagonistas do 5-HT (tipo 1A) do sistema serotoninérgico, e antidepressivos de segunda geração, como Paroxetina e Venlafaxina, são outras possibilidades farmacológicas para o tratamento de TAG. Apesar do maior tempo de resposta, esses fármacos desencadeiam menos efeitos colaterais quando comparadas com os benzodiazepínicos (Mitte, 2007). Contudo, a TCC surge como alternativa ao uso de medicamentos, utilizando-se de técnicas que auxiliam a lidar com os sintomas (Borkovec & Ruscio, 2001).

Alguns estudos denotam a efetividade da TCC para os sintomas de depressão e ansiedade do TAG, com baixa taxa de desistência (10,6%), denotando maior eficácia que a terapia farmacológica (Gould et al., 1997; Mitte, 2007). Também auxilia em melhora na qualidade de vida, apresentando maior efetividade que a terapia farmacológica, além de uma baixa taxa de desistência (9%). Outro estudo comparou a efetividade de 26 fármacos com a TCC, encontrando uma magnitude de associação mais significativa para a farmacoterapia do que para a TCC para ambos os sintomas (Mitte et al., 2005a).

Então, verifica-se que não há evidências significativas da superioridade de um tratamento, pois tanto a abordagem psicossocial quanto a farmacológica mostram-se efetivas para o tratamento de TAG. Contudo, a TCC permanece sendo um tratamento efetivo e uma valiosa alternativa às intervenções farmacológicas, já que é mais tolerada pelos pacientes por não possuir efeitos colaterais, além de apresentar significativo custo-benefício, ser mais fácil de aderir e possuir eficácia maior ou semelhante a outros tratamentos para TAG (Mitte, 2007). A tabela 1 apresenta uma síntese de estudos encontrados acerca do tratamento para TAG.

### **Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um dos transtornos de eixo I mais prevalentes, sendo amplamente tratado pela TCC (Bradley et al., 2005; Caballo, 2002; Foa et al., 1996; Lang, 1976). Caracterizado pela revivência intrusiva de um trauma, evitação de lembranças traumáticas e persistente estado de alerta psicológico (Perrin, 2000), o TEPT geralmente é suscitado pelo testemunho de eventos envolvendo morte e/ou violação da integridade física de outra pessoa (Mendes, 2008).

Não existem muitas evidências da efetividade da abordagem farmacológica, apesar de tratamentos multidimensionais demonstrarem efeitos positivos na redução dos sintomas do TEPT crônico em adultos (Perrin, 2000), geralmente associados ao uso de ISRS (Etten & Taylor, 1998). Essas abordagens facilitam na remissão de sintomas de depressão relacionados ao trauma, além de sintomas de evitação e de respostas repentinas (Perrin, 2000).

Diversos estudos têm realizado estudos de efetividade comparando a efetividade da TCC com outras intervenções, como a Dessensibilização e Reprocessamento por meio dos Movimentos Oculares (DRMO), a terapia de apoio, de exposição, cognitiva e terapia com pacientes em lista de espera, além de tratamentos inovadores (realidade virtual, acupuntura, Yoga) (Cloitre, 2009; Mendes et al., 2008).

Tanto a terapia de exposição quanto a terapia cognitiva demonstraram substancial efetividade para o tratamento de TEPT. Contudo, sua combinação denota maior efetividade para a redução de sintomas do TEPT em populações traumatizadas, principalmente quando comparadas com lista de espera, aconselhamento e terapias não-especificadas. Para o tratamento de populações cronicamente traumatizadas, a TCC mostrou-se eficaz, podendo contar com novas tecnologias (internet, etc.), que propiciam privacidade e maior flexibilidade para o indivíduo traumatizado (Cloitre, 2009), o que pode ser verificado na tabela 1.

### **Transtorno de Pânico**

O diagnóstico de transtorno de pânico (TP) é realizado quando um indivíduo vivencia recorrentes ataques de pânico, com um período de intenso medo ou desconforto, incluindo sintomas de falta de ar, palpitação e sentimento de descontrole (APA, 1994). Quando estes

sintomas apresentam-se em virtude de espaços abertos, tem-se um quadro conhecido por agorafobia (Angelotti, 2007), cuja prevalência é de 2% em alguns países europeus (Goodwin et al., 2005).

Carvalho et al., (2008) identificaram que indivíduos que se trataram com a TCC experimentaram um grau significativo de ansiedade durante a intervenção, com cerca de 50% de chance de progresso após o tratamento, apesar de redução global nos níveis de ansiedade, logo após o término das sessões. Contudo, a realização desta psicoterapia de forma inapropriada ou insuficiente pode gerar sintomas residuais. Um tratamento efetivo para TP deve perpassar por uma mudança cognitiva (Öst & Westling, 1994; Bouchard et al., 1996). Assim, quando se vincula o tratamento cognitivo a outra modalidade, há aumento no efeito dos resultados (Murphy et al., 1998).

Mitte (2005b) verificou a eficácia de intervenções TCC e farmacológicas em TP com e sem agorafobia. A combinação da abordagem cognitiva com farmacológica denota maior efetividade na redução de sintomas relacionados à depressão em pacientes com TP. Em comparação à terapia farmacológica, a TCC obteve resultados menos significativos. A vinculação da terapia farmacológica com a TCC em estudos longitudinais demonstra maior eficácia da TCC, ao contrário desta utilizada isoladamente, principalmente quanto à qualidade de vida e aos sintomas ao longo do processo terapêutico.

Autores verificaram que a TCC demonstrou ser um método de intervenção psicossocial efetivo para o tratamento do TP (Gaudiano, 2008; Haby et al., 2006). Contudo, a severidade dos sintomas é considerada fator de risco para a eficácia da TCC para o tratamento de TP, podendo dificultar o processo de adesão à terapêutica e diminuição dos sintomas. Estes estudos podem ser verificados sumarizadamente na tabela 1.

### **Fobia específica**

A fobia específica (FE) é um transtorno de ansiedade caracterizado por um medo excessivo e irracional de um objeto ou situação, levando a uma reação de ansiedade aguda e severa quando em exposição ao estímulo fóbico associado com prevalência de aproximadamente 10% da população (Fyer, 1998). Esse transtorno pode causar danos psicossociais relevantes quando a situação fóbica é evitada (Choy, 2007). Porém não há achados patofisiológicos conclusivos para seu tratamento (Etkin, 2007; Straube, 2006).

Straube (2006) verificou que a TCC é considerada como efetiva para o tratamento de FE, visto que esta intervenção consiste na ativação de estímulos, sentidos e respostas únicas que possam ser armazenados na memória de forma que a rede emocional possa ser alterada por novas informações (Davis & Ollendick, 2005).

Em crianças, a FE possui uma prevalência de 2,5 a 9% (Bragado et al., 1996). Esse medo geralmente está relacionado ao escuro, cachorros ou escola, manifestando-se por choro, imobilidade, agarrar-se a um adulto, (López, 2005). Para Kendall, (1993) a TCC visa guiar a criança para que, através de uma estrutura cognitiva positiva, possa reinterpretar o mundo, adquirindo habilidades de enfrentamento frente ao objeto fóbico. Davis & Ollendick (2005) afirmam que a TCC e a terapia de uma sessão têm apresentado resultados relevantes para o tratamento de fobia social em crianças.

Choy et al (2007) evidenciaram a curto-prazo que a opção mais eficaz é a exposição *in vivo*, assim como a realidade virtual para fobia de altura e de voar. Estudos a longo prazo sugerem que a terapia cognitivo-comportamental oferece ganho mais significativo. A exposição interoceptiva apresentou resultados positivos para o tratamento de claustrofobia e a terapia de tensão muscular aplicada para o medo de sangue. O uso de drogas como a D-cycloresina possui resultados promissores como tratamento adjunto. Estes resultados foram dispostos na tabela 1.

Tratamentos considerados efetivos geralmente possuem a capacidade de ativar antigas redes associativas de informação, permitindo a captação de novas informações (Foa & Kozak, 1998). A TCC habilita o indivíduo a trocar esquemas fóbicos disfuncionais por outros mais

adaptativos. Os estudos de Choy et al. (2007) e Davis et al. (2005) não apresentaram tamanho de amostra e magnitude de associação.

### **Fobia Social**

Pessoas com ansiedade social acreditam que avaliações negativas irão ocorrer como consequência da transparecência de sinais de ansiedade ou comportamentos que possam parecer embaraçosos ou humilhantes para eles próprios, em situações de interação social. Quando estes sintomas apresentam-se exagerados, a alta ansiedade social pode resultar em diagnóstico de fobia social (FS) (McManus, 2007). FS é um dos mais prevalentes transtornos de ansiedade, contemplando cerca de 13.3% de indivíduos na sociedade americana (Kessler, et al., 1994).

A TCC tem demonstrado eficácia para o transtorno de FS, reduzindo seus sintomas e auxiliando na qualidade de vida dos pacientes. Diversos estudos de meta-análise comprovam que tanto a TCC quanto tratamentos farmacológicos – ISRS – têm demonstrado efetividade no tratamento de FS, gerando uma diminuição dos sintomas em adultos, podendo culminar em mudanças significativas do funcionamento neuropsicológico (McManus, 2009; McEvoy, 2007; Graver & White, 2007; Segool & Carlson, 2008).

A TCC e ISRS apresentaram um resultado positivo – de moderado a alto grau de magnitude de associação (MA) – na redução dos sintomas principais de ansiedade social e prejuízos relacionados – respectivamente, TCC (MA=0.86 e 1.56) e ISRS (MA=1.30 e 2.29), e de sintomas periféricos. Já em relação ao construto de competência social, apresentam uma efetividade moderada da TCC (MA=0.86) e dos ISRS (MA=1.56). ISRS apresentou maior efetividade para uma diminuição dos sintomas de FS no pré e pós-tratamento, com alta magnitude de associação para todos os construtos. Não obstante, é importante salientar a importância da TCC no auxílio aos pacientes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente à FS e na qualidade de vida destes (Segool & Carlson, 2008).

McEvoy (2007) comparou de maneira padronizada medidas que avaliam a efetividade da TCC em Grupo (TCCG) e da TCC Individual (TCCI). Neste estudo, encontrou evidências da efetividade de ambas para o tratamento de FS. Entretanto, apesar da TCCI atender e priorizar melhor as idiosincrasias emergentes, a TCCG requer menos horas de trabalho do terapeuta, apresentando benefícios econômicos, práticos e clínicos em termos de trabalho em grupo. Estes dados foram sumarizados na tabela 1.

### **Transtorno Obsessivo Compulsivo**

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de ideias, pensamentos ou imagens intrusivas e involuntárias que culminam em ansiedades – as obsessões – e por uma gama de rituais mentais ou comportamentais que são executados para tentar diminuir ou neutralizar a ansiedade, formando as compulsões (Abramowitz et al., 2005). As alternativas de tratamento mais utilizadas e estudadas para amenizar e auxiliar a manejar compulsões e ansiedades são as cognitivo-comportamentais, como a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) –abordagem comportamental – e a terapia cognitiva (March & Mulle, 1997).

Prazeres, Souza e Fontenelle (2007) verificaram que, na comparação da EPR com as técnicas de relaxamento e exposição imaginária, a EPR demonstrou maior efetividade. A EPR guiada por computador teve menor eficácia em relação à EPR com um terapeuta. A comparação entre a eficácia de dez sessões de EPR realizadas por telefone e dez sessões guiadas por um terapeuta demonstrou altos níveis de satisfação por ambos os grupos.

Uma comparação entre a EPR com a terapia cognitiva verificou que ambas resultam em decréscimos nos sintomas do TOC. Em pacientes com predominância de pensamentos obsessivos, essa combinação mostrou-se muito eficaz, reduzindo significativamente os sintomas obsessivos e compulsivos. Portanto, a TCC é muito adequada para o tratamento de

TOC, necessitando de pesquisas sobre abordagens grupais e medicamentos específicos (Prazeres, Souza & Fontenelle, 2007). A tabela 1 apresenta os resultados resumidamente.

## Conclusão

Transtornos do humor e de ansiedade apresentam uma prevalência significativa em algumas parcelas da sociedade, necessitando de intervenções efetivas que auxiliem no seu manejo e tratamento. Existe evidência de maior eficácia da TCC para o tratamento de THB quando combinada com medicamentos. No entanto, a TCC tem apresentado efetividade semelhante à terapia farmacológica para o tratamento de TAG. Em transtornos depressivos, a TCC apresentou maior efetividade quando combinada com medicamentos do tipo ISRS.

Ao ser comparado com abordagens inovadoras para o tratamento de TEPT, a TCC evidenciou possuir um melhor efeito sobre os sintomas. Pacientes com TP respondem muito bem principalmente à combinação da terapia cognitiva à farmacológica, resultando em um alívio duradouro nos sintomas e elevação na qualidade de vida. O uso de TCC ou do tratamento de uma sessão para a FE só apresentam menor efetividade comparados com a Terapia de Exposição *In Vivo*, com 80% a 90% de efetividade.

Quanto ao prejuízo causado pela FS, a TCC apresentou maiores efeitos positivos em comparação às intervenções com ISRS. Para o tratamento de TOC, a primazia do tratamento farmacológico sobre a TCC só é válido quando se casa a terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) com o uso de medicamentos de crianças e adolescentes, de forma que a intervenção psicossocial é mais efetiva isoladamente para o tratamento de TOC em adultos. Portanto, estudos sobre a efetividade da TCC sugerem que este recurso tem se mostrado de suma importância na recuperação e manutenção de melhor qualidade de vida de pessoas com transtornos do humor e da ansiedade.

## Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J., Whiteside, S.P., & Deaconb, J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta analysis. *Behavior Therapy*, 36, 55-63, 2005.
- Angelotti, G. (Org.).(2007). *Terapia Cognitivo-Comportamental para os transtornos de ansiedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Asarnow, J, Esmile, G, Wagner K, Spirito, A, Vitiello B, Iyenga., S., et. al. (2009). Serotonin Reuptake Inhibitor-Resistant Depression in Adolescents: Predictors and Moderators of Treatment Response. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 330-9.
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Press, 4.
- Beekman, A., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J.H., Schoevers, R. S., De Beurs, E., et. al. (2002). The natural history of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 605-611.
- Borovec, T., & Rucio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-42.

- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., Frech, D., Pelletier, M., & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research Therapy*, 34 (3), 213-24.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. & Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brandley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D.(2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Caballo, V. (2002). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. Santos Livraria Editora. São Paulo.
- Carvalho, M., Nardi, A.E., & Rangé, B. (2008). Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 66-73.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 2266-286.
- Cloitre, M. (2009). Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique. *CNS Spectrums*, 14, 32-43.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, M., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 60, 1147-1156.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 325-331.
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., Graaf, R., Haven, T. M., & Beekman A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 229-236.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, E.D., & Anderson G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 173-178.
- Curry, J. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1427-1439.
- Davist, E., & Olliendick H. (2005). Empirically Supported Treatments for Specific Phobia in Children: Do Efficacious Treatments Address the Components of a Phobic Response? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 2.

- De Graaf, L., Gerhards, S., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J., Evers, S., et al. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, *195* (1), 7.
- Dyck, I., Phillips, K., Warshaw, M., Dolan, R., She, M., & Stout, R. (2001). Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of the Personal Disorders*, *15*, 60-71.
- Etkin, A., & Warger, T. (2007). Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1476-1488.
- Etten, M. & Taylor S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*, 126-144.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., & Street, G. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *6*, 194-200.
- Foa, E., & Kozak M. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, *29*, 675-690.
- Fye, R. (1998). Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. *Biological Psychiatry*, *15*, 1295-1304.
- Goodwin, R., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., Graaf, R., & Wittchen H. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15* (4), 435-443.
- Gould, R., Otto, M., Pollack, M., & Yap, Y. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, *28*, 285-305.
- Grave,r C., & White, P. (2007). Neuropsychological effects of stress on social phobia with and without comorbid depression. *Behaviour Research and Therapy*, *45* (20), 1193-1206.
- Gaudiano, B. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence Based Mental Health*, *11* (1), 5.
- Haby, M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 9-19.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *38* (8), 602-612.

- Hollon, S., Stewart, M., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*, 285-315.
- Jamison, K., Gerner, R., & Goodwin, F. (1979). Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Archives of General Psychiatry*, *36* (8), 866-869.
- Kendall, P. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 235-247.
- Kessler, R., Klerman, M., & Wittchen, H. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *24*, 19-39.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., & Nelson, C. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *International Journal of Psychophysiology*, *16*, 495-512.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *300*, 1551-1565.
- Liden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann. (2005). Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety Disorders Results of a Controlled Clinical Trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*, 36-42.
- Liden, M., Maier, W., Archberger, M., Herr, R., & Helmchen, H. (1996). Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. *Results of a World Health Organization (WHO) study. Nervenarzt*, *67*, 205-215.
- López, A. (2005). *Fobias Específicas*. Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.
- March, J. & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. The Guilford Press.
- McEvoy, P.M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 3030-3040.
- McManus, F., Clark, D., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., et al. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 496-503.
- McManus, F. (2007). Psychological treatment of social phobia. *Psychiatry*, *6* (5), 211-216.
- Mendes, D., Mello, M., Ventura, P., Passarela, C., & Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *38*, 241-259.

- Michael, K., & Crowley, S. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology*, 22, 247-269.
- Mitte, K. (2007). Comparando la eficacia de la terapia cognitiva comportamental y la psicofarmacológica en los trastornos de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* ano XVI, 69-74.
- Mitte, K. (2005a). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 5, 131-785.
- Mitte, K. (2005b). A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88 (1), 27-45.
- Murphy, M., Michelson, L., Marchione, K., Marchione, N., & Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 2 (2), 117-38.
- Nutt, D. (2001). Neurobiological mechanisms in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-27.
- Öst, L., Breitholtz E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Öst, L., Westling, E. (1994). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (2), 145-58.
- Perrin, S., Smit, P., & Yule, W (2000). Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (3), 277-289.
- Prazeres, A., Souza, W., & Fontenelle, L. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (3), 262-270.
- Reinecker, M., Ryan, N., & DuBois, D. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34.
- Reinecker, M., Ryan, N., DuBois, D. (1998). Meta-analysis of CBT for depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1006-1007.
- Scott, J. (2006). Psychotherapy for bipolar disorders - efficacy and effectiveness. *Journal for Psychopharmacology. British Association. Supplement*, 20-46.
- Segool, N. & Carlson J.( 2008). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety* , 25, 620-631.

- Serfaty, M., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66 (12), 1332-1340.
- Smit, F., Ederveen, A., Cuijpers, P., Deeg, D., & Beekman, A.(2006). Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: An epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry*, 63, 290-296.
- Soares-Weiser, K., Vergel, Y B., Beynon, S., Dunn, G., Barbieri, M., Duffy, S. et al. (2007). Systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, 11, (39).
- Spek, V. (2007). *Internet-based cognitive behaviour therapy for subthreshold depression in people over 50 years old*. Ridderprint Offsetdrukkerij B.V., Ridderkerk. Tilburg.
- Straube, T., Glaue,r M., Dilger, S., Mentze,l H. J., & Miltner, W. H. (2006). Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. *NeuroImage*, 29 (126), 125-135.
- Sylvia, L., Tilley, C., Lund, H., & Sachas, G. (2008). Psychosocial interventions: Empirically-derived treatments for bipolar disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 4 (2), 108-113.
- Vitiello, S., & Swedo, S (2004). Antidepressant medications in children. *The New England Journal of Medicine*, 350, 1489-1491.
- Vittengl, J., Clark, L., Dunn, T., & Jarrett, R. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive therapy's effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488.
- Weisz, J., McCarty, C., & Valeri, S. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.

**Endereço para correspondência:**

Grupo de pesquisa em Psicologia da Saúde  
Avenida Ipiranga, 6687 – Prédio 11 - 9º andar, sala 937.  
CEP: 90619-900. Porto Alegre, RS – Brasil.  
Fone: 55 51 9732-3900 Fone/Fax: 55 51 3320-3633 Ramal 7743.  
E-mail: [jcdc.leite@googlemail.com](mailto:jcdc.leite@googlemail.com)

Recebido em 29/10/2010.  
Aceito para publicação em 06/04/2011.