



Cláudia Sofia Vieira Calaboiça Amaro

**Erros cognitivos e mudança em Terapia Cognitivo-Comportamental: Evolução
global e valência associadas às problemáticas do cliente**

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Prof.^a Doutora Liliana Meira

Prof.^a Doutora Anita Santos

Outubro, 2017



Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Cláudia Sofia Vieira Calaboiça Amaro

Nº 30750

Erros cognitivos e mudança em Terapia Cognitivo-Comportamental: Evolução global e valência associadas às problemáticas do cliente

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Prof.^a Doutora Liliana Meira e coorientação da Prof.^a Doutora Anita Santos,

Instituto Universitário da Maia

Outubro, 2017

“It’s a long way to the top if you wanna rock n’ roll”

- AC/DC

Agradecimentos

Perante o culminar desta etapa, gostaria de agradecer às pessoas que exerceram um papel essencial na concretização da mesma.

Primeiramente, às minhas orientadoras Prof.^a Doutora Liliana Meira e Prof.^a Doutora Anita Santos, por toda a paciência, disponibilidade e aprendizagens proporcionadas ao longo deste ano.

Ao Nuno Peres de Sousa e ao Igor Pereira, por todas as reuniões que possibilitaram momentos produtivos de discussão e partilha de conhecimentos.

Ao Luís Guilherme e à Isabel, pelo apoio e camaradagem nesta aventura de três madeirenses no Porto, que proporcionou muitos momentos de aventura, descoberta e, acima de tudo, descontração.

Às minhas amigas Denise, Liliana e Beatriz que, apesar de longe, sempre teceram palavras amigas de incentivo.

Por último, mas não menos importantes, aos meus familiares que, de uma forma ou outra, contribuíram para que a conclusão deste percurso fosse possível.

Bem hajam!

Erros cognitivos e mudança em Terapia Cognitivo-Comportamental: Evolução global e valência associadas às problemáticas do cliente

Resumo

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das abordagens terapêuticas com mais indicadores empíricos de eficácia no tratamento da depressão. A investigação sugere, em conformidade com o Modelo Cognitivo de A. Beck, que os ganhos na TCC são potenciados pela mudança cognitiva. O presente estudo objetivou a compreensão da mudança cognitiva em TCC para a depressão, recorrendo à análise dos erros cognitivos (ECs) associados às problemáticas centrais do cliente em comparação com os ECs totais proferidos, enquanto preditores de mudança cognitiva ao longo do processo terapêutico. Foram analisadas e codificadas sessões terapêuticas de nove casos clínicos, diagnosticados com perturbação depressiva major, dos quais dois com insucesso. A eficácia da TCC foi avaliada através do BDI-II. A *Cognitive Errors Rating Scale* (CERS) foi usada na avaliação a evolução dos ECs e a *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES) na identificação das problemáticas centrais de cada cliente. Os resultados mostram uma diminuição global do número de ECs ao longo do processo terapêutico, sendo essa diminuição mais acentuada nos casos de sucesso. As valências apresentam-se predominantemente negativas, havendo um aumento das valências positivas no final do processo terapêutico, nos casos de sucesso. Ao comparar os ECs totais e os ECs relativos às problemáticas, denota-se um padrão de evolução semelhante, à exceção dos casos de insucesso, nos quais, na 12^a sessão, se observa um aumento do número de ECs totais. Conclui-se que a análise aos ECs ligados às áreas problemáticas centrais torna-se pertinente na compreensão da evolução dos clientes, em termos dos avanços e recuos terapêuticos.

Palavras-chave: erros cognitivos (ECs); mudança cognitiva; terapia cognitivo-comportamental (TCC); perturbação depressiva major.

Cognitive errors and change in cognitive-behavioral therapy for depression: Global evolution and valence associated with clients' problematic areas

Abstract

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is one of the therapeutic approaches with more empirical indicators of its efficacy in the treatment of depression. In accordance with A. Beck's cognitive model, research suggests that gains in CBT are potentiated by cognitive change. The present study aimed to understand the cognitive change in CBT for depression, using the analysis of the cognitive errors (CEs) associated with the clients' central problems versus the total of CEs, as predictors of cognitive change throughout the therapeutic process. Therapeutic sessions of nine clinical cases diagnosed with major depressive disorder were analysed and coded, two of which with therapeutic failure. The efficacy of CBT was assessed using BDI-II. The Cognitive Errors Rating Scale (CERS) was used in the evaluation of CEs, and the Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES) was used in the identification of the central problems of client. The results show an overall decrease in the number of CEs throughout the therapeutic process, being this decrease more emphasized in the cases with therapeutic success. The valences of the CEs were predominantly negative, with an increase in the positive valences at the end of the therapy, in cases with therapeutic success. Comparing the total CEs with the CEs related to the central problems a similar evolution pattern was denoted, except for the failure cases, in which, at the 12th session there was an increase in the number of total CEs. Therefore, the analysis of the CEs related to the central problems becomes relevant in understanding the evolution of clients in terms of the therapeutic gains and setbacks.

Keywords: cognitive errors (CEs); cognitive change; cognitive-behavioral therapy (CBT); major depressive disorder.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico	
1. Modelo cognitivo de Aaron Beck	2
1.1 Esquemas cognitivos	3
1.2 Erros cognitivos	4
1.3 Pensamentos automáticos	7
1.4 Modelo cognitivo da depressão	8
2. Terapia cognitiva de A. Beck	11
2.1 Terapia cognitiva para a depressão.....	11
2.2 Terapia cognitivo-comportamental para a depressão	13
3. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental para a depressão	13
3.1 Estudos de resultado versus estudos de processo em terapia cognitivo- comportamental	15
3.2 Mudança cognitiva em terapia cognitivo-comportamental	16
3.2.1 Erros cognitivos na mudança cognitiva em terapia cognitivo- comportamental	18
Capítulo II – Estudo: “Erros cognitivos e mudança em Terapia Cognitivo-Comportamental: Evolução global e valência associadas às problemáticas do cliente”	
1. Método	26
1.1. Participantes	26
1.2. Instrumentos	29
1.3. Procedimentos	35

2. Resultados	36
2.1 Evolução global dos erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso	36
2.2 Evolução da valência dos erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso	39
2.3 Prevalência dos grupos de erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso.....	41
Discussão	44
Conclusão	50
Referências	51

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterização dos participantes do estudo	página 27
Tabela 2. Caraterização dos terapeutas	página 28
Tabela 3. Lista sumária de erros cognitivos de acordo com a CERS	página 33

Índice de figuras

Figura 1. Evolução global do ECs e resultado terapêutico entre sessões	página 37
Figura 2. Evolução dos sintomas de depressão e do número de ECs totais e ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de sucesso terapêutico	página 38
Figura 3. Evolução dos sintomas de depressão e do número de ECs totais e ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de insucesso terapêutico	página 39
Figura 4. Prevalência dos ECs negativos e positivos, totais e relacionados com as problemáticas, nos casos de sucesso terapêutico	página 40
Figura 5. Prevalência dos ECs negativos e positivos, totais e relacionados com as problemáticas, nos casos de insucesso terapêutico	página 41
Figura 6. Prevalência dos grupos de ECs totais, nos casos de sucesso	página 42
Figura 7. Prevalência dos grupos de ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de sucesso	página 42
Figura 8. Prevalência dos grupos de ECs totais, nos casos de insucesso	página 43
Figura 9. Prevalência dos grupos de ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de insucesso.....	página 44

Introdução

A presente dissertação foi realizada no âmbito do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), sob a orientação da Prof.^a Doutora Liliana Meira e coorientação da Prof.^a Doutora Anita Santos. A dissertação integra um estudo relativo à mudança em TCC para a depressão, que objetiva analisar a evolução dos ECs associados às problemáticas centrais dos clientes, enquanto preditores de mudança cognitiva, comparando-os com os ECs proferidos na totalidade pelos mesmos. Adicionalmente, é pretendido compreender a relação entre a evolução da mudança cognitiva, ao nível dos ECs proferidos e suas valências, e o resultado terapêutico em casos de sucesso e de insucesso.

Deste modo, a dissertação divide-se em, essencialmente, dois capítulos. O primeiro capítulo, é referente ao enquadramento teórico que suporta o estudo subsequente. Este inicia-se com uma descrição do modelo cognitivo de Aaron Beck, focando em particular o modelo cognitivo da depressão. Segue-se uma revisão dos estudos em TCC para a depressão que recaem quer nos estudos de eficácia, que objetivam o resultado terapêutico, como nos estudos referentes ao processo de mudança. O capítulo culmina com uma apresentação dos estudos que enfatizam o papel dos ECs enquanto preditores de mudança terapêutica. O segundo capítulo diz respeito à parte empírica do estudo integrado na presente dissertação. Este contempla o método que, por sua vez, engloba a caracterização dos participantes, dos terapeutas e do protocolo utilizado na intervenção. Após isso, são caracterizados os instrumentos utilizados, nomeadamente, o *Beck Depression Inventory* (BDI-II) enquanto medida de resultado, e a *Cognitive Errors Rating Scale* (CERS) e a *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES) enquanto medidas de processo. Seguidamente, são descritos os resultados e elaborada a discussão dos mesmos. Este capítulo encerra com uma conclusão global sobre a dissertação, apontando possíveis limitações ao presente estudo e sugerindo propostas de estudo futuras.

Capítulo I – Enquadramento teórico

Neste capítulo apresenta-se a revisão da literatura que sustenta o problema e as questões de investigação do estudo que se segue referente aos processos de mudança subjacentes à eficácia da TCC para a depressão. Encontra-se dividido em três partes essenciais. Primeiramente é descrito o modelo cognitivo de Aaron T. Beck, especificamente, o modelo cognitivo da depressão. De seguida, é abordada a TCC para a depressão, com particular ênfase nos estudos de eficácia focados no resultado, mas também nos respetivos processos de mudança. Por último, e alinhado com os objetivos da presente dissertação, apresenta-se a revisão dos estudos em torno dos processos de mudança em TCC para a depressão que enfatizam o papel dos ECs como indicadores de mudança.

1. Modelo Cognitivo de Aaron Beck

O Modelo Cognitivo de psicopatologia foi pela primeira vez formulado por Aaron T. Beck no ano de 1967 (Beck, 2005). Influenciado pela revolução cognitiva, em especial, pelos trabalhos de outros autores cognitivistas, onde se destacam Albert Ellis (1962) e George Kelly (1955), Beck desenvolveu a estrutura teórica subjacente à terapia cognitiva, que consistiu no modelo de base daquela que é a atual terapia cognitivo-comportamental (TCC; Beck, 2005).

Inicialmente, Beck teve como objetivo o desenvolvimento e avaliação de um modelo de psicopatologia que, por sua vez, também tivesse uma boa articulação com a abordagem terapêutica, servindo de guia para a mesma. Para tal efeito, era necessário obter suporte empírico, que o levou a conduzir vários estudos de avaliação da eficácia do modelo para uma variedade de perturbações (Beck, 2005; Beck & Dozois, 2011). Esta abordagem cognitiva teve por base o modelo de processamento de informação, que metaforicamente perspetivava a organização cognitiva à semelhança de um computador. O aparelho psíquico era então

entendido enquanto unidade de processamento da informação recebida pelo indivíduo, reforçando a ideia de que o mesmo não reage diretamente aos seus acontecimentos de vida, mas à representação que faz dos mesmos (Beck, 2005; Gonçalves, 2014). Desta forma, o modelo cognitivo identifica três dimensões cognitivas que, quando subjacentes a crenças rígidas e disfuncionais, se tornam responsáveis pelo desenvolvimento de perturbações psicopatológicas: estruturas cognitivas (esquemas), processos cognitivos (distorções ou erros cognitivos) e produtos cognitivos (pensamentos automáticos) (Bahls, 1999; Beck, 1964; Beck & Dozois, 2011; J. Beck, 2011).

1.1 Esquemas cognitivos

Na base do substrato cognitivo encontram-se os esquemas cognitivos que, de acordo com Knapp e Beck (2008), podem ser definidos como uma organização cognitiva interna de caráter relativamente duradouro de armazenamento das características do indivíduo, que lhe permite estruturar a nova informação recebida atribuindo-lhe um significado e, assim, conceitualizar e entender as situações da sua vida. Este conceito é também partilhado por Beck e Dozois (2011), que se referem a esquemas cognitivos enquanto estruturas cognitivas organizadas de armazenamento de informação e memórias do indivíduo que formam a base daquelas que são as crenças centrais deste relativamente a si próprio e aos outros. Vários estudos defendem a noção de que a construção de esquemas cognitivos de base advém de experiências precoces dos indivíduos. Neste sentido, todos os indivíduos possuem crenças que se vão moldando ao longo da vida tendo em conta as suas várias experiências com os seus significativos, bem como pela forma como as atitudes destes são percebidas. Assim sendo, o meio no qual os indivíduos se encontram, potencia ou inibe a emergência de determinados esquemas cognitivos (Knapp & Beck, 2008).

Para Beck (1971, cit. por Knapp & Beck, 2008), decorrente da formação de uma crença básica, a partir de um esquema cognitivo, pode existir ainda a formação de outras novas crenças, subsequentes, relacionadas com essa que, ao assumirem um caráter mais persistente, incorporam-se na estrutura cognitiva do indivíduo, contribuindo para o “cimentar” do esquema cognitivo. Os esquemas cognitivos influenciam a forma como os indivíduos irão, à partida, interpretar uma situação na qual se encontram no presente. Se um indivíduo possuir esquema ajustado, este irá realizar uma avaliação realista do mundo à sua volta. Por outro lado, se o esquema do indivíduo for desajustado, este conduz a uma avaliação distorcida da realidade, podendo consequentemente gerar uma perturbação psicológica (Beck & Dozois, 2011; Blake et al., 2016; Knapp & Beck, 2008).

1.2 Erros cognitivos

Numa posição intermédia do substrato cognitivo, encontram-se os erros cognitivos (ECs). Assim, no Modelo Cognitivo de Beck, os ECs correspondem aos processos cognitivos dos quais resultam erros ao nível do pensamento. Estes conseguem ser facilmente identificados através dos pensamentos automáticos expressos pelos indivíduos na sua vida diária, como tal tornam-se algo semelhantes. Contudo, nem todos os pensamentos automáticos têm de necessariamente consistir em erros ou distorções cognitivas. Segundo Powell e colaboradores (2008), os ECs traduzem-se por distorções sistemáticas que ocorrem ao nível da perceção e do processamento de informação. Seguindo a mesma linha de pensamento, para os autores Blake et al. (2016) tais erros são entendidos enquanto modos rápidos de processar a informação que, por sua vez, não integram toda a informação disponível a ser levada em consideração, à semelhança de uma heurística, em que o indivíduo seleciona e distorce os estímulos recebidos.

Como tal, o enviesamento refletido através dos ECs é distinto do normal processamento de informação (Drapeau, 2014).

Outro aspeto importante associado aos ECs consiste na noção de valência. A valência traduz a visão, positiva ou negativa, do indivíduo relativamente à situação que desencadeou o seu pensamento automático no qual foi identificado o erro cognitivo. Os ECs de valência negativa encontram-se associados a previsões negativas, envolvendo acontecimentos insatisfatórios ou prejudiciais para o indivíduo. Contrariamente, a valência positiva está associada a informações ou situações que sejam, de alguma forma, satisfatórias ou agradáveis. Por exemplo, um indivíduo cujas apresentações orais de trabalhos costumem correr mal, ao deparar-se com a necessidade de realizar uma apresentação oral em frente à turma, irá antecipar um mau resultado para aquela situação, tendo em conta as suas experiências anteriores a apresentar (e.g., “amanhã vou apresentar o meu trabalho, de certeza que vou me esquecer do que tenho para dizer”). Desta forma, a valência do EC evidenciado é negativa, na medida que o indivíduo perspetiva a situação como desagradável para si. Se perante a mesma situação o indivíduo não possuir experiências negativas passadas e, pelo contrário, até gostar de realizar apresentações orais, então poderá antecipar um resultado prazeroso para si (e.g., “a minha apresentação vai ser tão boa que todos os meus colegas vão adorar”). Nessa situação, estaríamos perante um EC de valência positiva. De acordo com vários estudos, a discriminação relativa à valência da distorção cognitiva possui uma acrescida importância, na medida em que permite avaliar o grau de controlo que os indivíduos acreditam ter sobre o meio exterior, sendo que a valência positiva se encontra relacionada com um maior controlo ou *empowerment* sobre o ambiente e a valência negativa com uma sensação de menor poder ativo (Blake et al., 2016; Drapeau, 2014).

Inicialmente, foram delineados por Beck (1976) seis principais ECs distintos. Estes consistem na *inferência arbitrária*, isto é, quando o indivíduo tende a elaborar uma conclusão

antecipada de algo tendo por base poucas ou contraditórias evidências (e.g., “se agora é difícil, daqui a uns anos é pior”); na *abstração seletiva*, quando o indivíduo foca-se em evidências que tendam a confirmar o seu esquema de base (e.g., “se eu analisar bem analisado ele só me veio trazer coisas de mal”); na *sobregeneralização*, em que o indivíduo, tal como o nome indica, generaliza a probabilidade de ocorrência de um determinado evento negativo (e.g., “eu acho que vou ser sempre assim a vida toda”); na *maximização/minimização*, em que o sujeito avalia de forma incorreta o grau de severidade de uma determinada situação, maximizando-a ou, pelo contrário, relativizando-a (e.g., “estávamos ali a morrer, ficámos mesmos de rastos”; “contribuo muito no meu local de trabalho, mas não é o suficiente”); na *personalização*, quando o indivíduo tende a acreditar que várias situações externas ocorreram ou foram causadas por ele próprio, podendo existir evidência de que não o foram (e.g., “percebo porque é que tá a acontecer, é p’ra eu aprender a não colocar demasiada expectativa”); e, por último, no *pensamento dicotómico absolutista* (“tudo ou nada”), que diz respeito à visão do indivíduo acerca de algo enquanto somente bom ou somente mau (e.g., “como não foi tudo como eu queria então agora, agora é nada pronto”) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1977).

Burns (1999, cit. por Rosenfield, 2004) renomeou alguns dos ECs anteriormente estabelecidos por Beck. Um dos quais consistiu no erro da *inferência arbitrária*, ao qual Burns designou por *conclusões precipitadas*, tendo-o dividido em dois subtipos que incluem a *leitura da mente*, que diz respeito a quando o indivíduo, mesmo com informação insuficiente que o suporte, acredita saber o que os outros estão a sentir ou a pensar numa determinada situação (e.g., “eu acho que eles pensam que eu não estou tanto por casa porque a minha mãe precisa da minha ajuda”), e a *adivinhação*, que consiste em acreditar na ocorrência de um certo resultado negativo (e.g., “não vou ser capaz, se calhar vai-me acontecer o mesmo”). Em acréscimo, foram também renomeados o erro da *abstração seletiva* para a designação de *filtro mental*, bem como o erro *pensamento dicotómico absolutista* para erro de *tudo ou nada*. Além de ter renomeado

alguns erros da inicial lista delineada por Beck, à mesma Burns ainda acrescentou mais quatro ECs. Em primeiro lugar, o erro das *declarações de deve e tem*, que se refere ao facto de o indivíduo evidenciar regras e pressupostos inflexíveis relativamente à forma como o mundo ou ele próprio deve ser ou se comportar (e.g., “era uma obrigação falar, estávamos três pessoas e eu tinha que conversar”). De seguida, o erro do *raciocínio emocional*, isto é, quando o indivíduo acredita que algo é verdadeiro porque o sente, ignorando evidências em contrário (e.g., “sinto que muita coisa vai mudar”). O terceiro erro adicionado corresponde ao *desqualificar o positivo* e pressupõe o facto de que o indivíduo tende a não considerar as informações positivas enquanto válidas ou verdadeiras (e.g., “eu passei férias com esta gente partilhava tudo, mas eu não tinha ali amizades”). Por último, Burns identificou o erro da *rotulagem inadequada*, que consiste em rotular indevidamente uma determinada pessoa ou situação sem ter em consideração evidências mais realistas (e.g., “ela põe-se assim só p’ra se fazer de coitadinha”) (Rosenfield, 2004).

1.3 Pensamentos automáticos

De acordo com o Modelo Cognitivo de Beck, a um nível cognitivo mais superficial os indivíduos evidenciam pensamentos avaliativos espontâneos, denominados pensamentos automáticos. Estes pensamentos podem assumir a forma de verbalizações ou de imagens e resultam da interpretação imediata que o indivíduo tem sobre uma determinada situação. Neste segmento, para Beck e Dozois (2011), os pensamentos automáticos podem ser definidos como sendo o fluxo de pensamentos, positivos ou negativos, que ocorrem na mente do indivíduo sem que este esteja, de uma forma direta, consciente dos mesmos. Ao serem pensamentos superficiais e espontâneos, são entendidos pelo indivíduo como verdadeiros e plausíveis no momento em que estes os tem. Todavia, os pensamentos automáticos consistem no subproduto dos esquemas centrais do indivíduo. Assim sendo, podem divergir de um normal fluxo de

pensamentos e traduzir uma forma enviesada de leitura da realidade quando na sua base se encontram esquemas disfuncionais.

O Modelo Cognitivo foi desenvolvido inicialmente por Beck com o objetivo de compreender os processos psicológicos inerentes à depressão, só posteriormente foi generalizado de modo a explicar um largo espectro de perturbações (Beck, 2005).

1.4 Modelo Cognitivo da depressão

A partir de sistemáticas observações clínicas e estudos empíricos levados a cabo com um grupo de clientes com depressão, Beck constatou que os sintomas depressivos experienciados por estes clientes poderiam ser compreendidos em termos cognitivos (Beck, 2005; Beck et al., 1977). Assim, era possível entender a depressão enquanto condição associada a formas de pensamentos e crenças disfuncionais (Beck, 2005). A depressão de acordo com o modelo cognitivo resulta das distorções ocorridas ao nível do processamento de informação (Pothier, Dobson & Drapeau, 2012; Rees et al., 2001). De acordo com Beck e colaboradores (1977), os indivíduos com depressão possuem esquemas cognitivos negativos estáveis. Estes esquemas desenvolvem-se como consequência da aprendizagem precoce dos indivíduos e consistem em formas rígidas e inflexíveis de pensamento que predis põem os mesmos a interpretações negativas dos eventos de vida, não lhes permitindo processar a informação de forma alternativa. Pode-se então compreender o enviesamento inerente a estes esquemas cognitivos disfuncionais através da analogia com uma lente ocular, segundo a qual o indivíduo “filtra” a informação à sua volta, ignorando os aspetos positivos das situações e focando os aspetos negativos que contribuem para a manutenção da crença associada ao esquema disfuncional de base. Como consequência, o indivíduo aumenta cada vez mais o seu estado depressivo (Beck & Dozois, 2011; Blake et al., 2016; Pothier et al., 2012).

As experiências negativas precoces do indivíduo podem resultar na formação de conceitos negativos acerca de si próprio, do futuro e do mundo à sua volta, uma conjugação esquemática que se denomina de *tríade cognitiva* (Beck & Dozois, 2011; Knapp & Beck, 2008; Pothier et al., 2012). Tais conceitos negativos podem encontrar-se inativos ou num estado de latência. Contudo, perante determinadas experiências, de alguma forma semelhantes à experiência inicial responsável pelo desenvolvimento da versão negativa, os mesmos podem ser ativados (Blake et al., 2016). Como tal, é possível que um indivíduo possua um sistema de crenças desadaptativo e, no entanto, não tendo o esquema cognitivo sido ativado, o mesmo não manifeste quaisquer sintomas a esse nível ao longo da vida (Bahls, 1999; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1977; Knapp & Beck, 2008). Da tríade cognitiva evidenciada pelo indivíduo com depressão, resultam ECs que vão determinar o modo como interpretados vários eventos. Numa primeira instância, a visão negativa de si mesmo faz com que o indivíduo tenda a percecionarse como uma pessoa incapaz ou inadequada, apresentando pensamentos automáticos do género “eu não sou passível de ser amado” ou “eu não consigo fazer nada direito” (Beck et al., 1977). A visão negativa do mundo, pode dizer respeito a vários contextos, abrangendo um vasto leque de situações, desde as atividades desempenhadas no ambiente ocupacional, até às questões inerentes aos relacionamentos interpessoais que mantém, nos quais o indivíduo crê que as pessoas à sua volta detêm de uma má opinião sobre si e/ou sobre as coisas que elabora (e.g., “ninguém gosta de mim”, “ninguém aprecia o meu trabalho”) (Beck et al., 1977). Por último, a visão negativa que o indivíduo mantém acerca do seu futuro, corresponde tendencialmente à antecipação de um desfecho desfavorável para as situações, mais ou menos problemáticas, com que se depara na sua vida (e.g., “nunca serei suficientemente bom”) e/ou a desesperança (Beck et al., 1977).

No que respeita, especificamente, à tipologia de ECs e respetiva valência, sobre os quais incide a presente dissertação, vários estudos apontam para a existência de uma reduzida

manifestação de ECs de valência positiva e, contrariamente, um elevado número de erros de valência negativa nos indivíduos com depressão. Apesar de tanto ECs de valência positiva como negativa consistirem em leituras enviesadas dos estímulos ambientais, estas conclusões são expectáveis, na medida em que os indivíduos com depressão apresentam uma visão predominantemente negativa de si, do mundo e do futuro, antecipando desfechos adversos para os seus problemas. Desta forma, as distorções cognitivas evidenciadas, além de contribuírem para o despoletar da perturbação, encontram-se também implicadas na manutenção desses mesmos sintomas depressivos (Blake et al., 2016; Drapeau, 2014; D'Iuso, Blake, Fitzpatrick & Drapeau, 2009). Neste sentido, segundo Beck e colaboradores (1977), os ECs mais comuns nos indivíduos com depressão são a *inferência arbitrária* negativa, a *abstração seletiva* negativa, a *sobregeneralização* negativa e, ainda, a *personalização* negativa.

Salienta-se ainda o facto de que nem todas as situações de vida adversas são linearmente responsáveis pelo desencadear de uma perturbação depressiva. Os eventos de vida que precipitam uma perturbação depressiva são idiossincráticos, ou seja, alternam de indivíduo para indivíduo e dependem, de forma direta, das suas vulnerabilidades específicas, de modo que determinadas crenças consistem num fator de vulnerabilidade para a depressão (Beck, 2005). É neste sentido que, para Beck e Dozois (2011), o modelo cognitivo é percecionado enquanto modelo de diátese-stress, no qual as perturbações psicológicas resultam da interação entre as predisposições genéticas e os eventos de vida adversos, sendo que quanto maior for a vulnerabilidade da pessoa em termos genéticos, menor acaba por ter de ser o evento negativo necessário para desencadear ou exacerbar a perturbação ou sintomas (Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1977). Como tal, o Modelo Cognitivo, enquanto modelo explicativo da psicopatologia, permite uma clara concetualização das problemáticas dos indivíduos, bem como o desenvolvimento de técnicas específicas que se proponham a aliviar a sintomatologia expressa pelos mesmos, servindo de base para a terapia que deriva deste modelo.

2. Terapia cognitiva

A Terapia Cognitiva (TC), frequentemente designada pelo seu termo mais genérico, terapia cognitivo-comportamental, foi desenvolvida por Beck tendo por base o Modelo Cognitivo. Pode ser definida como um procedimento psicoterapêutico ativo, diretivo e estruturado, de duração limitada, cuja aplicação poderá incidir em diferentes perturbações psiquiátricas. Através da conjugação de técnicas de teor cognitivo e também comportamental, visa promover mudanças ao nível dos pensamentos e crenças centrais dos clientes. Desta forma, procura atenuar os défices comportamentais e tornar duradoura a mudança por parte dos mesmos (Beck & Dozois, 2011; Camargo & Andretta, 2013; Froján-Parga, Calero-Elvira & Montaña-Fidalgo, 2009). Os clientes na TC aprendem a ser os próprios investigadores dos seus pensamentos, tratando-os como hipóteses e procurando testar a sua validade. Isto permite também ao cliente ganhar um certo distanciamento do pensamento em si e começar a considerar explicações alternativas para as situações em causa. Todo o processo é guiado pelo terapeuta, em que este auxilia o cliente no decorrer de toda a descoberta, exploração e teste da realidade (Beck & Dozois, 2011). De acordo com Powell et al. (2008), a TC consiste na abordagem terapêutica que possui o maior suporte empírico, contando na atualidade com um número de ensaios clínicos superior a trezentos que comprovam a sua eficácia. A TC encontra-se empiricamente validada para um largo espectro de perturbações, tais como a depressão, ansiedade, pânico, fobias, perturbações da personalidade, entre outras (Hollon, 1998; Knapp & Beck, 2008).

2.1 Terapia cognitiva para a depressão

No que concerne, especificamente, o tratamento da depressão, a TC tem sido recomendada como intervenção de primeira linha, mostrando-se eficaz no que respeita a

redução tanto dos sintomas depressivos como das taxas de recorrência da perturbação (Blake et al., 2016; Drapeau, 2014; Hollon, 2003; Jacobson et al., 1996; Knapp & Beck, 2008). Esta abordagem propõe o tratamento da sintomatologia associada à depressão major através da reestruturação dos erros e distorções cognitivas dos clientes em padrões de pensamento mais flexível e adaptativo (Blake et al., 2016).

A TC da depressão consiste em um processo de tratamento que auxilia os clientes a efetuarem mudanças nas crenças que conduzem a determinados comportamentos e estados de humor. Esta mudança ao nível das crenças dos indivíduos não passa por substituir os pensamentos negativos dos mesmos em pensamento positivos (Powell et al., 2008). A TC propõe ajudar o indivíduo a modificar as suas crenças disfuncionais em crenças adaptativas e baseadas em evidências (Beck & Dozois, 2011). Este aspeto tem uma elevada importância clínica no que se refere o tratamento da depressão, na medida que ajuda o cliente no juízo realista dos fatores responsáveis pela manutenção da perturbação (Powell et al., 2008). Devido à sua eficácia a longo-prazo, a TC tem também um importante papel na prevenção de episódios futuros de depressão nos indivíduos (Hollon, Stewart & Strunk, 2006, cit. por Garratt et al., 2007).

Como referido, na TC, o terapeuta e o cliente trabalham colaborativamente na identificação de crenças enviesadas que derivam das crenças disfuncionais de base. Desta forma, o terapeuta auxilia o cliente no processo de exploração e análise de novas formas de interpretação, promovendo novas experiências. Para esse efeito, são utilizadas técnicas que visam a reestruturação dessas crenças, entre as quais, (1) a psicoeducação sobre a problemática, (2) a identificação de pensamentos automáticos, com recurso ao registo diário de pensamentos preenchido pelo cliente, (3) a descoberta guiada, (4) o empirismo colaborativo, (5) e o debate cognitivo. Através da implementação destas técnicas, os clientes aprendem a gerar pensamentos

alternativos, efetuando uma leitura mais realista e adaptativa das situações, o que conduz, conseqüentemente, a uma mudança a nível emocional (Beck & Dozois, 2011; J. Beck, 2011).

2.2 Terapia cognitivo-comportamental para a depressão

Ao longo dos anos, a TC incorporou técnicas da terapia comportamental e de outros modelos (e.g., resolução de problemas e treino de competências). Por esse motivo, na atualidade, ambos os termos “terapia cognitiva” e “terapia cognitivo-comportamental” são utilizados para designar esta forma de terapia. Frequentemente designada pelo seu termo mais genérico, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), pressupõe a utilização de técnicas cognitivas e comportamentais com vista a modificação do sistema de crenças disfuncionais do cliente e uma, conseqüente, mudança duradoura em termos emocionais e comportamentais. Para tal, existem três essenciais componentes da TCC cognitivo-comportamental para a depressão que deverão ser focados: (1) a resolução de problemas, (2) a promoção da ativação comportamental e (3) a identificação, avaliação e desafio dos pensamentos negativos em torno de si próprios, dos outros e do futuro. O enfoque nestes aspetos visa conduzir os clientes a um processo de aprendizagem sobre o seu próprio padrão de pensamento e fomenta um modo mais adaptativo e realista do mesmo interpretar o mundo à sua volta (J. Beck, 2011).

3. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental para a depressão

Como referido anteriormente, a TCC consiste numa das abordagens terapêuticas com mais indicadores empíricos de eficácia no tratamento da depressão, para uma vasta gama de populações (Powell et al., 2008; Twomey, O’Reilly & Byrne, 2015). Estes dados são validados por várias meta-análises relativas ao tratamento psicológico da depressão, que começaram a

surgir no início da década de 80 (e.g., Miller & Berman, 1983; Steinbruek, Maxwell & Howard, 1983). Tais meta-análises classificaram a TCC como eficaz quando comparada com o tratamento placebo ou o não tratamento (Maia, 1999). Posteriormente, Hofmann e colaboradores (2012), verificaram que a TCC é mais eficaz no tratamento da depressão do que outras condições de controlo (e.g., listas de espera ou o não tratamento). Mais recentemente, uma meta-análise com enfoque da TCC nos cuidados de saúde primários, realizada pelos autores Twomey, O'Reilly e Byrne (2015), evidenciou igualmente resultados positivos indicativos da eficácia da TCC para o tratamento da depressão. Não obstante, a atual elevada utilização de psicofármacos para o tratamento da depressão, nomeadamente antidepressivos, faz com que a comparação entre a TCC e a farmacoterapia se torne algo frequente. De acordo com Cipriani e colaboradores (2009), a medicação antidepressiva consiste, tendencialmente, na terapêutica de eleição. No entanto, vários estudos nesse âmbito conferem o facto de que, quando contrastada com a terapia medicamentosa, a TCC evidencia resultados comparáveis. Alguns autores (e.g., Turner et al., 2008) referem que o recurso a antidepressivos evidencia maiores benefícios apenas quando os clientes apresentam uma depressão com elevada severidade. Por sua vez, comparativamente com os tratamentos farmacológicos, a TCC apresenta menores custos associados, bem como um efeito preventivo que ultrapassa os efeitos da medicação em casos de depressão recorrente (Camargo & Andretta, 2013; Powell et al., 2008).

Outras abordagens (e.g., psicoterapia interpessoal), também se verificam eficazes no tratamento de várias perturbações. No entanto, em especial na depressão, o seu efeito preventivo só se verifica caso sejam mantidas ou continuadas. A TCC, por outro lado, tem demonstrado efeitos que perduram além do término do processo terapêutico (Powell et al., 2008; Shea et al., 1992 cit. por Jacobson et al., 1996). Isto poderá dever-se ao facto de que a TCC produz mudanças a um nível mais estrutural do pensamento, através da reestruturação das crenças centrais do indivíduo (Beck & Dozois, 2011).

3.1. Estudos de resultado versus estudos de processo em terapia cognitivo-comportamental

A predominância de investigações realizadas no âmbito da eficácia da TCC centra-se em estudos de resultado, que pretendem analisar estatisticamente as melhorias significativas obtidas pelos clientes ao longo do processo terapêutico (McMain, Newman, Segal & DeRubeis, 2015). Como referido anteriormente, a abordagem cognitivo-comportamental, por permitir que o indivíduo aprenda através da sua própria experiência de vida, apresenta benefícios mais duradouros do que outras abordagens (e.g., terapia medicamentosa), pois a partir da mesma o cliente apropria-se de um conjunto de ferramentas (*skills*) que no futuro lhe permitem lidar de uma forma mais adaptativa com os eventos de vida negativos (Camargo & Andretta, 2013; Powell et al., 2008). Vários autores (e.g., Boswell, Anderson, & Barlow, 2014; Jarrett, Vittengl, Clark, & Thase, 2011) referem que a utilização dessas ferramentas se encontra associada um maior alívio sintomático. Todavia, ainda permanece incerto a que tipo de ferramentas aprendidas em TCC se encontra associado o alívio diferencial dos sintomas (Hawley et al., 2017). Neste sentido, tão crucial como perceber a forma como a TCC funciona na sua generalidade, torna-se necessário descobrir como pode esta terapia ser adaptada com vista a atender às necessidades específicas dos clientes. Deste modo, é crucial investir igualmente em estudos de processo, pois, apesar das fortes evidências que suportam a TCC enquanto forma de terapia eficaz, o seu impacto total não pode ser perspectivado a menos que seja empregue mais amplamente e abranja o maior número de pessoas em necessidade (McMain et al., 2015).

Em suma, os estudos de resultado permitem elaborar conclusões relativas à eficácia da terapia cognitivo-comportamental tendo em conta o resultado terapêutico final. Contudo, é igualmente relevante compreender que mudanças ocorrem ao longo do processo terapêutico e que contribuem para o seu desfecho: sucesso versus insucesso. De acordo com Kazdin (2008), no contexto psicoterapêutico as investigações em torno do processo permitem identificar e

compreender mecanismos de mudança. Alguns processos intervenientes, como é o caso das cognições, tendem a emergir ou a sofrer alterações ao longo da terapia, fornecendo indicadores do resultado terapêutico final. Assim sendo, através do conhecimento dos fatores críticos da terapia e dos processos segundo estes operam, será possível otimizar a mudança terapêutica.

3.2. Mudança cognitiva em terapia cognitivo-comportamental

Desde os seus primórdios que a TC possui, como objetivo terapêutico, a reestruturação das cognições enviesadas dos indivíduos, procurando de uma forma colaborativa, conduzir ao desenvolvimento de soluções pragmáticas que visam a mudança cognitiva e, conseqüentemente, o melhorar das perturbações emocionais (Blake et al., 2016; Knapp & Beck, 2008). Neste sentido, vários estudos têm apresentado evidências de que a eficácia da TC está associada à mudança cognitiva. Na sua revisão sistemática de literatura, Garratt e colaboradores (2007), concluem que a TC parece ter como resultado a mudança das cognições negativas dos indivíduos e que essas mudanças se relacionam com uma melhoria ao nível da sintomatologia depressiva. Esta noção é defendida tendo por base estudos anteriores que envolvem a análise da mudança cognitiva com grupos de clientes com depressão (e.g., Oei & Sullivan, 1999; Kwon & Oei, 2003; Zettle & Rains, 1989).

Zettle e Rains (1989), por seu turno, avaliaram a mudança cognitiva e a sintomatologia depressiva em indivíduos com depressão após estes terem sido alvo de processos de TC completa, TC parcial ou de distanciamento cognitivo, cujo objetivo passa pelo distanciamento dos clientes relativamente aos seus pensamentos, não objetivando uma mudança no conteúdo desses pensamentos. Nos três grupos, foram constatadas melhorias significativas no decorrer do processo terapêutico. O grupo do distanciamento cognitivo foi o que evidenciou uma redução mais expressiva da sintomatologia depressiva comparativamente aos outros. Todavia,

apesar da diminuição ao nível dos sintomas depressivos, os clientes não exibiram alterações nos seus pensamentos automáticos ao longo da terapia (Garratt et al., 2007). Posteriormente, Oei e Sullivan (1999), analisaram a mudança cognitiva de 67 clientes que foram alvo de TC em grupo. Os autores constataram que os casos de sucesso terapêutico evidenciaram maiores taxas de redução relativamente aos pensamentos automáticos do que os casos de insucesso. No mesmo ano, Tang e DeRubeis (1999) examinaram a evolução da mudança cognitiva no decorrer do período entre sessões em indivíduos com depressão. Os autores apuraram que os clientes evidenciavam ganhos nos intervalos entre sessões que, por sua vez, conduziam a melhorias substanciais da sintomatologia depressiva. Tais ganhos tendiam ocorrer na sequência de sessões mais críticas, em que as mudanças cognitivas eram também significativas. As conclusões obtidas sugerem que os ganhos na terapia cognitiva são potenciados pela mudança cognitiva (Garratt et al., 2007; Tang & DeRubeis, 1999).

Outro estudo, levado a cabo por Kwon e Oei (2003), contemplou a análise dos resultados obtidos no Questionário de Pensamentos Automáticos (*Automatic Thoughts Questionnaire* [ATQ]; Hollon & Kendall, 1980) e na Escala de Atitudes Disfuncionais (*Disfunctional Attitudes Scale* [DAS]; Weissman & Beck, 1978) numa amostra de 35 clientes, durante 12 semanas de TC em grupo. Obtendo resultados semelhantes ao estudo de Oei e Sullivan (1999), concluíram haver uma relação entre a terapia e a redução dos pensamentos automáticos numa fase inicial do processo terapêutico e esta redução encontra-se, por sua vez, associada à diminuição da sintomatologia depressiva.

Também Rees e colaboradores (2001) mencionam estudos no âmbito da TCC em clientes com depressão que confirmam que a mudança cognitiva se encontra associada a um bom resultado terapêutico, o que sugere que a mesma poderá ser responsável pela mediação do processo de recuperação do indivíduo. Da mesma forma, Beck e Dozois (2011), referem que vários estudos (e.g., DeRubeis et al. 2010; Dozois et al., 2009) sugerem que a mudança

cognitiva consiste num importante mediador da mudança sintomática. Contudo, salientam o facto de que ainda é necessária investigação adicional que assegure quais são as estratégias específicas responsáveis por produzir uma mudança cognitiva estável nos indivíduos.

De uma forma geral, é possível concluir que a TCC é uma terapia eficaz no tratamento da depressão, sendo que vários estudos apontam para o importante papel da mudança cognitiva no estabelecimento dessa eficácia. No entanto, a predominância de estudos de resultado em detrimento dos estudos de processo faz com que seja ainda escasso o conhecimento das variáveis específicas que explicam o bom resultado terapêutico. Torna-se, então, necessário investir em estudos de processo que procurem explicar como é gerada mudança a partir da intervenção em TCC. O Modelo Cognitivo de Beck foca a forma como o indivíduo avalia (e.g., cognições e ECs) e reage (e.g., coping) a eventos stressores. De modo a compreender como se processa a TCC no tratamento da depressão, torna-se crucial estudar o funcionamento cognitivo do indivíduo (Drapeau, 2014). Na presente dissertação, o foco assenta no papel dos erros cognitivos (distorções cognitivas).

3.2.1 Erros cognitivos na mudança em terapia cognitivo-comportamental

Na TCC, os ECs podem ser encarados enquanto preditores da mudança cognitiva dos clientes, podendo esta mudança ser avaliada através da evolução desses mesmos erros no decorrer do processo terapêutico. Apesar de os ECs não consistirem num constructo de tal forma abrangente que, por si só, permita efetuar uma caracterização global dos indivíduos, estes revelam-se de acrescida importância aquando da análise da forma como estes perspetivam a realidade à sua volta (Drapeau, 2014).

No que concerne o estudo do papel dos ECs na mudança em TCC, vários autores focaram a sua análise na evolução dos mesmos ao longo do processo terapêutico, utilizando

para tal o Sistema de Codificação de Erros Cognitivos (*Cognitive Errors Rating Scale* [CERS]; Drapeau & Perry, 2009). A CERS é uma escala de codificação que visa analisar declarações verbais de indivíduos com vista a identificação de ECs, utilizando, para tal, uma avaliação por observação (*observer-rated measure*). Este método pretende oferecer uma nova forma de avaliação dos produtos cognitivos dos indivíduos, alternativa aos questionários de autorrelato, pois, de acordo com vários autores (e.g., DeRubeis, et al., 2001; Dozois & Dobson, 2004), tais questionários revelam-se insuficientes (Drapeau, 2014). Deste modo, a CERS engloba 16 ECs, agrupados por cinco categorias (de A a E), podendo estes serem ainda classificados tendo em conta a sua valência (ver descrição detalhada na secção do Método).

Estudos iniciais utilizando a CERS, debruçaram-se na avaliação e análise dos ECs procurando perceber a sua relação com as estratégias de *coping* e a aliança terapêutica de clientes que pretendiam aconselhamento para o tratamento de perturbações ligeiras, como é exemplo o estudo levado a cabo por D'Iuso e colaboradores (2009). Estes autores analisaram a associação entre a avaliação do cliente sobre a aliança terapêutica e os seus ECs e padrões de *coping*. Para tal, selecionaram sessões terapêuticas de 26 clientes, codificadas pela CERS e pela Escala de Codificação de Padrões de Ação de Coping (*Coping Action Patterns Rating Scale* [CAPRS]; Drapeau & Dunkley, 2005). As conclusões obtidas por este estudo permitiram mostrar que a tendência dos indivíduos em distorcer as suas experiências de vida, não se encontra interligada em grande escala com a aliança terapêutica, como puderam avaliar através da aplicação do Inventário da Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory* [WAI]; Horvath & Greenberg, 1989). No entanto, focando os resultados relativamente aos ECs, encontraram uma associação entre o erro *leitura da mente* e a dimensão da união (*bond*) na aliança terapêutica, no sentido em que os indivíduos que elaboram suposições com base naquilo em que os outros poderão estar a pensar sobre si são mais propensos a ter uma visão mais negativa da relação terapêutica (Drapeau, 2014; D'Iuso et al., 2009).

Estudos com recurso à CERS realizados posteriormente incidiram na análise de ECs em indivíduos com depressão. Schwartzman et al. (2012), avaliaram a relação entre os ECs e os padrões interpessoais de 25 mulheres com depressão, utilizando dados obtidos pelo estudo de Jacobson et al. (1996) relativos à análise de componentes da TCC para casos de depressão major. Foram analisadas transcrições de sessões iniciais de psicoterapia e cotadas de acordo com a CERS. Estes autores constataram que, quando os indivíduos apresentavam um elevado número de ECs, principalmente o erro da *adivinhação* e a *abstração seletiva*, tinham a tendência para também evidenciar menores níveis de autonomia no decorrer das sessões. Estes resultados podem sugerir, por sua vez, que uma maior submissão dos clientes pode estar ligada com uma maior propensão dos mesmos em acreditar na informação enviesada que suporta as suas crenças disfuncionais. Em acréscimo, verificaram que os indivíduos que evidenciavam distorções negativas eram mais suscetíveis de serem críticos consigo próprios (Drapeau, 2014; Schwartzman et al., 2012).

Um estudo realizado por Blake, Dobson e Drapeau (2013a), com indivíduos com depressão, tinha como objetivo analisar como se relacionam os ECs com a depressão e como estes evoluem ao longo do processo terapêutico. Os autores constataram que os indivíduos com depressão apresentavam uma média de 3.50 ECs a cada 1000 palavras, ou seja, o equivalente a aproximadamente 11 ECs numa sessão de cinquenta minutos, sendo a grande maioria, erros com valência negativa (94%). Adicionalmente, constataram que o grupo de ECs mais frequente entre tais clientes era o grupo da abstração seletiva, seguindo-se o grupo da sobregeneralização e, por último, o da adivinhação. Quando procederam a uma avaliação mais detalhada de quais os seis ECs mais utilizados pelos indivíduos, puderam constatar que estes consistiam na *rotulagem*, nas *declarações deve e tem*, nas *conclusões precipitadas*, na *leitura da mente*, na *sobregeneralização* e na *adivinhação*. Os dados obtidos vão ao encontro do conceito de tríade cognitiva definido por Beck, na medida em que os pensamentos negativos dos indivíduos

incidem, essencialmente, na visão negativa de si, expressa no erro de *rotulagem*, na visão negativa do mundo, evidenciada no erro de *adivinhação* e ainda, na visão negativa em relação ao futuro, através da *sobregeneralização*. Todavia, através deste estudo, foi também possível concluir que a severidade dos sintomas depressivos dos indivíduos não se encontra diretamente ligada aos ECs. Em concordância com estes resultados encontram-se também os dados obtidos pelo estudo de Sheptycki, D'Iuso, Thompson e Drapeau (2012) com indivíduos com depressão, que tinha como objetivo de comparar os ECs e as estratégias de *coping*, bem como a sintomatologia e o resultado terapêutico. Este estudo sugere que os indivíduos com depressão apresentam um maior número de ECs negativos do que indivíduos não deprimidos. Assim sendo, referem que a presença dessas distorções cognitivas negativas pode estar relacionada com a presença da perturbação depressiva, mas não com a sua severidade (Drapeau, 2014). Outro estudo, levado a cabo por Blake e colaboradores (2013b), pretendia examinar a mudança ao nível dos ECs em 45 indivíduos com depressão, seleccionados do estudo de componentes de Jacobson et al. (1996). Quando os autores efetuaram uma comparação entre os casos de sucesso e os casos de insucesso terapêutico, constataram que os participantes que recuperaram da depressão, isto é, os casos de sucesso, apresentavam menos ECs, havendo especialmente um decréscimo dos ECs de valência negativa. Não obstante, também apuraram o facto de que, no final do processo terapêutico, os participantes que compunham os casos de insucesso apresentavam somente um aumento dos ECs de valência positiva, enquanto que os casos de sucesso exibiam tanto um aumento dos ECs positivos, como também apresentavam menos erros de valência negativa. O facto de em ambos os casos se verificar um aumento dos ECs de valência positiva pode indicar alguma inconsistência com o objetivo último da terapia cognitiva, que passa pelo aumento do pensamento realista e não propriamente pelo pensar de forma mais positiva. Contudo, poderá também sugerir que os clientes que não recuperaram da perturbação depressiva, simplesmente não compreenderam de forma plena o racional em torno

da abordagem cognitiva, confundindo pensamento realista com pensamento positivo (Drapeau, 2014).

Uma vez que vários estudos constataam a existência de uma maior quantidade de ECs de valência negativa entre indivíduos com depressão, alguma literatura também salienta a acrescida importância da redução da forma negativa de pensar, além do trabalho efetuado ao nível da reestruturação das distorções cognitivas no geral. Os autores Dobson e Dobson (2009, cit. por Drapeau, 2014) defendem que, para o benefício clínico, deverá ser inculcido o pensamento realista em detrimento do pensamento excessivamente positivo. Outros autores (e.g., Alloy, Wagner, Black, Gerstein & Abramson, 2011; Taylor & Brown, 1994) afirmam que a presença de distorções cognitivas positivas pode ser indicativa de uma boa saúde mental (Blake et al., 2016). No entanto, é necessário destacar que a presença de erros de valência positiva pode também encontrar-se relacionada com a existência de psicopatologia. Tal facto é demonstrado no estudo realizado por Kramer e Drapeau (2009). Estes autores procederam à análise dos ECs e dos padrões de *coping* em 17 indivíduos condenados por abuso sexual de crianças, com o objetivo de comparar estes dois construtos entre si. No que concerne os resultados relativos aos ECs, as conclusões obtidas pelo estudo indicam a presença de um maior número de ECs positivos nos pedófilos, em especial o uso da *abstração seletiva*, comparativamente com indivíduos que não apresentam história de abuso sexual. Estes ECs são evidenciados nas autoverbalizações proferidas pelos pedófilos com o intuito de justificar ou minimizar os seus comportamentos (Kramer & Drapeau, 2009).

Ainda no que concerne a investigação relativa à evolução dos ECs no decorrer da terapia em casos de depressão, Blake e seus colaboradores (2016) procuraram contribuir para um aumento da compreensão em torno de como se relacionam os vários ECs individuais e a depressão. Foram avaliadas mudanças ao nível dos ECs de 45 clientes sujeitos a TC para a depressão. Os autores concluíram que o número de total de ECs não sofreu alterações ao longo

do processo terapêutico, tanto nos casos de sucesso como de insucesso. Apenas foram constatadas alterações no que se refere à valência das distorções, apesar de, quer os clientes que recuperaram quer os que não o conseguiram, terem iniciado o processo terapêutico com tendências semelhantes de distorção. Isto poderá dever-se ao facto de os clientes possuírem ECs que não se encontram diretamente ligados ao problema que fez, numa primeira instância, o cliente manifestar sintomas depressivos e, como tal, não foram de forma direta reestruturados no decorrer do processo terapêutico.

Em suma, até a data, a investigação realizada no âmbito da mudança terapêutica em TCC para a depressão envolvendo os ECs como indicadores de mudança, conclui que nos casos de sucesso é expectável que os clientes demonstrem menos ECs no final do processo terapêutico. Nos estudos em que o número de ECs não sofre alterações ao longo da terapia (e.g., Drapeau, 2014), constata-se alterações ao nível da valência, sendo apresentada uma maior quantidade de ECs de valência positiva no fim do processo terapêutico. Todavia, tais estudos debruçam-se numa análise dos ECs totais evidenciados pelos clientes, associados ou não às problemáticas apresentadas pelos clientes. Desta forma, não é considerada a noção de que todos os indivíduos cometem erros de pensamento, fruto dos seus esquemas cognitivos de base, apesar de nem todos desenvolverem formas de psicopatologia (Pothier et al., 2012).

Pothier e colaboradores (2012) realizaram um estudo que objetivava compreender a associação entre a rigidez cognitiva, através do uso de ECs, e a severidade da depressão. Para esse efeito, analisaram sessões iniciais e finais de 42 participantes diagnosticados com perturbação depressiva major, retirados do estudo de Jacobson et al. (1996). Através do estudo os autores concluíram que a existência de ECs não se encontra linearmente associada ao desenvolvimento de uma perturbação psicológica, pelo que o número de ECs não aparenta estar, em larga escala, associado com a severidade da depressão. Da mesma forma, estes autores afirmam que se torna benéfico existir uma investigação mais aprofundada em torno dos

mecanismos responsáveis pela depressão, nomeadamente através de estudos que comparem grupos de indivíduos com depressão com grupo de indivíduos que não apresentem formas de psicopatologia, uma vez que estes últimos também evidenciam ECs.

Também Correia (2016), procurou responder a esta questão, contudo, sem distinguir à partida os erros emergentes das problemáticas dos clientes dos erros não relacionados com as mesmas. Tanto nos casos de sucesso, como nos de insucesso, os resultados de Correia (2016) apontaram para uma geral diminuição da frequência dos ECs no decorrer do processo terapêutico, sendo, no entanto, constatado um ligeiro aumento entre a 8ª e 12ª sessão. Quando comparada a evolução dos ECs com a evolução da sintomatologia depressiva, de uma forma geral, evidenciou-se um decréscimo da sintomatologia. Contudo, nos casos de sucesso, foi verificada uma média de sintomas ligeiramente superior à média de sintomas nos casos de insucesso. Segundo Correia (2016), os níveis mais altos de sintomatologia depressiva manifestos pelos casos de sucesso, poderão ser explicados pela existência de um maior *insight* por parte destes clientes sobre a sua própria problemática. Todavia, estes resultados terão sido estrangidos pelo facto de ter sido realizada a análise em função da totalidade dos erros, e não, dos erros associados às problemáticas centrais dos clientes.

A revisão da literatura descrita, principalmente, as conclusões dos estudos em torno do papel dos ECs na mudança em TCC como variáveis que poderão contribuir para a compreensão da mudança em TCC, especificamente, para a depressão, permite identificar a necessidade de avaliar a evolução dos ECs relacionados com as problemáticas centrais dos indivíduos ao longo do processo terapêutico. Só a partir daí, dever-se-á tentar perceber se a evolução dos ECs distingue casos de sucesso e de insucesso, nomeadamente, ao nível da valência e do tipo de ECs. Nesta continuidade, o estudo sobre o qual incide a presente dissertação procurou responder às seguintes questões de investigação: (1) “Como evoluem os ECs ao longo do processo terapêutico a partir das problemáticas centrais dos clientes em TCC para a depressão?” e (2)

“Os casos de sucesso terapêutico apresentam uma evolução dos ECs distinta da dos casos de insucesso, nomeadamente, ao nível da valência?”.

Capítulo II: Estudo “Erros cognitivos e mudança em Terapia Cognitivo-Comportamental: Evolução global e valência associadas às problemáticas do cliente”

Alinhado com a revisão da literatura apresentada, o estudo que se segue, de carácter qualitativo teve como objetivo geral analisar a mudança cognitiva no decorrer do processo terapêutico da TCC para a depressão usando os ECs associados às problemáticas centrais do cliente, enquanto preditores de mudança cognitiva ao longo do processo terapêutico. Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos: (1) identificar a evolução dos ECs associados às problemáticas centrais dos clientes ao longo do processo terapêutico de TCC para a depressão e (2) compreender a relação entre a evolução da mudança cognitiva identificada, nomeadamente, ao nível da quantidade de ECs proferidos e suas valências, e o resultado terapêutico em casos de sucesso e de insucesso.

De um modo geral, tendo em conta a revisão da literatura apresentada (e.g., Blake et al., 2016; Drapeau, 2014) e o facto de que o objetivo último da TCC é a diminuição do pensamento enviesado, espera-se que a evolução dos ECs seja distinta quando comparados casos de sucesso e insucesso terapêutico, sendo que os casos de sucesso deverão registar uma diminuição mais acentuada e significativa dos ECs quer negativos, como positivos. Não obstante, é expectável que, nos casos de sucesso, os ECs associados com as problemáticas centrais dos clientes sofram uma diminuição à medida que o processo terapêutico evolui.

1. Método

Segue-se a descrição da metodologia utilizada no presente estudo. Para o efeito, são descritos os participantes e protocolo terapêutico levado a cabo na intervenção, seguidos da descrição relativa aos vários instrumentos utilizados e respetivos procedimentos de investigação.

1.1 Participantes

Os participantes do estudo são compostos pelos clientes que foram alvo da TCC, bem como pelos terapeutas que conduziram o processo terapêutico no âmbito do projeto “*Descentração e Mudança em Psicoterapia*”, coordenado pelo Prof. Doutor João Salgado e financiado pela FCT, que teve lugar no Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Neste tópico, é ainda descrito o protocolo de TCC adotado.

1.1.1 Clientes

O presente estudo integrou 9 participantes (N=9), clientes diagnosticados com perturbação depressiva major, com idades compreendidas entre os 20 e os 47 anos, dos quais um era do sexo masculino e oito do sexo feminino (Tabela 1).

O processo de avaliação dos participantes no Projeto teve por base a realização de uma entrevista clínica semiestruturada, contemplando questões relativas tanto ao eixo I como ao eixo II do DSM-IV (SCID-I e SCID-II, respetivamente). Adicionalmente, foram aplicados os instrumentos OQ-45 e BDI-II, a serem utilizados enquanto medidas de resultado terapêutico. De modo a serem incluídos no projeto, os participantes tiveram que cumprir critérios de

diagnóstico para perturbação depressiva major, ligeira ou moderada, e apresentar um valor superior a 50 no que respeita a avaliação global do funcionamento.

Tabela 1

Caraterização dos participantes do estudo

Identificação	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Situação profissional	Resultado Terapêutico
“Ana”	47	Feminino	Casada	Ensino Superior	Empregada	Insucesso
“Leonor”	33	Feminino	Casada	Ensino Superior	Desempregada	Sucesso
“Maria”	26	Feminino	Casada	Ensino Secundário	Empregada	Sucesso
“Marta”	38	Feminino	Divorciada	Ensino Superior	Desempregada	Sucesso
“Isabel”	20	Feminino	Solteira	Ensino Secundário	Trabalhadora-estudante	Insucesso
“Sílvia”	35	Feminino	Solteira	Ensino Superior	Desempregada	Sucesso
“Bruno”	41	Masculino	Solteiro	Ensino Superior	Empregado	Sucesso
“Sandra”	43	Feminino	Casada	Ensino Básico	Empregada	Sucesso
“Cristina”	40	Feminino	Solteira	Ensino Superior	Empregada	Sucesso

Nota. Os dados sociodemográficos dos participantes correspondem à data de início das sessões.

1.1.2 Terapeutas

Os 9 participantes foram alvo de TCC assegurada por cinco terapeutas, quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com habilitações académicas que oscilavam entre o grau de Mestre e de Doutoramento e uma experiência profissional entre 1 e 11 anos (Tabela 2).

Tabela 2

Caraterização dos terapeutas

Identificação	Idade	Habilitações académicas	Experiência profissional
Terapeuta 1	32	Doutoramento	8
Terapeuta 2	27	Mestrado	1
Terapeuta 3	29	Mestrado	2
Terapeuta 4	35	Doutoramento	11
Terapeuta 5	25	Mestrado	3

Nota. As idades dos terapeutas e os anos de experiência profissional correspondem à data do início das sessões.

1.1.3 Terapia

O processo de intervenção dos participantes do presente estudo teve por base uma adaptação dos protocolos de TCC para a depressão sugeridos por Beck e colaboradores (1979), bem como por Leahy e Holland (2000). O protocolo seguido contempla 16 sessões semanais com uma duração de, aproximadamente, 60 minutos. Ao longo do processo terapêutico são trabalhados conteúdos específicos, por vezes, de forma paralela. Inicialmente, entre a 1ª e a 2ª sessão, é promovida a socialização do cliente no modelo cognitivo-comportamental. De seguida, entre a 3ª e a 4ª sessão é previsto ser elaborada uma lista de problemas tendo em conta a sua prioridade e serem estabelecidos os objetivos terapêuticos, colaborativamente com o

cliente. Seguem-se intervenções de caráter comportamental (e.g., ativação comportamental), que tendem a ocorrer entre a 4ª e a 12ª sessão, e intervenções cognitivas (e.g., reestruturação cognitiva), entre a 6ª e 15ª sessão. De forma a finalizar o processo terapêutico, entre a 14ª e a 16ª sessão, é trabalhada a prevenção da recaída. Após o término das 16 sessões, são realizadas sessões de follow-up que visam a manutenção dos ganhos obtidos. Estas sessões ocorrem com um intervalo de um mês, três meses, seis meses e um ano, respetivamente.

1.2 Instrumentos

Seguidamente, são apresentados os instrumentos utilizados no presente estudo. Estes englobam a medida de resultado terapêutico (BDI-II, Coelho, Martins & Barros, 2002) empregue no âmbito do projeto de onde foram selecionados os participantes, bem como as medidas de processo (CERS, Drapeau & Perry, 2009; APES, Stiles et al., 1991) utilizadas na análise do processo terapêutico de cada participante.

1.2.1 Medidas de resultado

1.2.1.1 Beck Depression Inventory – 2nd Edition (BDI-II).

O BDI-II (Coelho, Martins & Barros, 2002) consiste num questionário de autorrelato com 21 itens que pressupõe a avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva em indivíduos a partir dos 13 anos. Os itens do questionário têm por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV, incidindo na avaliação da tristeza e choro, pessimismo, fracasso, perda de prazer, sentimentos de culpa e punição, autodepreciação, autocriticismo e pensamentos de inutilidade, pensamentos suicidas, agitação, perda de interesse, indecisão, perda de energia e cansaço, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldade de concentração e alterações no interesse sexual. A pontuação de cada item varia numa escala de Likert entre os

0 e os 3 pontos, podendo o BDI-II atingir um valor máximo de 63. O valor final obtido pelo indivíduo define a intensidade dos seus sintomas depressivos, que oscila entre a sintomatologia ligeira (0 a 13), depressão ligeira (14 a 19), depressão moderada (20 a 28) e depressão severa (29 a 63). O BDI-II foi validado para a população portuguesa, em 2002, através do estudo de Coelho, Martins e Barros, no qual apresentou uma excelente consistência interna (α de Cronbach = .89).

1.2.2 Medidas de processo

As medidas de processo utilizadas no presente estudo possibilitaram a análise dos dados, de modo a atender aos objetivos delineados inicialmente. Estas consistiram na CERS (Drapeau & Perry, 2009), numa primeira instância, para a codificação dos ECs verbalizados pelos clientes, e na APES (Stiles et. al, 1991), numa segunda instância, da qual apenas foi utilizado o procedimento de definição das áreas problemáticas centrais dos clientes em estudo.

1.2.2.1 Cognitive Errors Rating Scale (CERS).

A CERS (Drapeau & Perry, 2009) consiste numa escala de codificação desenvolvida com o propósito de identificar ECs presentes no discurso dos indivíduos em estudo, através de uma avaliação por observação (*observer-rated measure*). Desta forma, pressupõe a análise das declarações verbais dos indivíduos que sugerem formas de interpretação de informação díspares das formas de avaliação normativas dessa mesma informação. Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Drapeau e Perry (2009). Em 2015, os autores Sousa, Oliveira e Barreiros elaboraram uma versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Os ECs presentes na CERS baseiam-se nos definidos inicialmente por Aaron Beck (1976), aos quais se juntam também os ECs nomeados por Burns (1999). Na sua totalidade, a CERS engloba então 16 ECs divididos por cinco grupos (A – E) (Tabela 3).

O primeiro grupo – Adivinhação (AD) – é composto por um único erro cognitivo que intitula o grupo: *adivinhação*. Este erro cognitivo é também denominado por catastrofização, na medida que consiste em supor o pior ou melhor desfecho possível a ocorrer numa determinada situação, tendo por base poucos ou nenhuns factos que a comprovem. O segundo grupo – Sobregeneralização (SG) – inclui dois ECs, a *rotulagem* e a *sobregeneralização*. A *rotulagem* diz respeito a quando um indivíduo coloca um rótulo em si próprio, em outros ou em situações, sem ter em consideração evidências mais realistas que tornem a sua conclusão menos desastrosa ou positiva. A *sobregeneralização* refere-se à conclusão global, positiva ou negativa, tirada pelo indivíduo que vai além da situação em si. Deve ser cotado como erro quando existem evidências claras de distorção e não no caso de o indivíduo estar a utilizar simplesmente uma força de expressão. O terceiro grupo – Abstração Seletiva (AS) – engloba oito ECs: *pensamento tudo-ou-nada*, também denominado por pensamento absolutista ou dicotómico, consiste na perceção de uma situação enquanto passível de se encaixar unicamente em uma de duas categorias opostas; *descontar o positivo ou negativo*, quando o indivíduo desconta ou rejeita informação positiva ou negativa, prevalecendo somente uma valência da informação como importante ou verdadeira; *raciocínio emocional*, o indivíduo acredita que determinada informação ou acontecimento é verdadeiro porque o sente, ignorando qualquer prova em contrário; *maximização/minimização do negativo ou positivo*, ocorre quando o indivíduo, de forma injustificada, maximiza ou minimiza o negativo ou o positivo de si próprio, outra pessoa ou situação; *filtro mental*, o indivíduo centra indevidamente a sua atenção em apenas um aspeto de uma situação ou pessoa, não reconhecendo outros aspetos que possam contribuir para um conhecimento completo da situação; *declarações deve e tem*, diz respeito a quando o indivíduo possui uma ideia fixa sobre a forma como o mesmo ou as outras pessoas devem agir; *visão em túnel*, considerada por vários autores enquanto um extremo do *filtro mental*, consiste no facto de o indivíduo perspetivar unicamente os aspetos positivos ou negativos de uma certa situação.

O *filtro mental* difere da *visão em túnel* pois, neste último erro, a informação é abstraída tendo por base a sua valência. Este grupo encerra com o erro cognitivo das *conclusões precipitadas* que ocorre quando um indivíduo, baseando-se em um ou dois factos, elabora uma conclusão injustificada.

O quarto grupo – Personalização (P) – contempla quatro ECs, sendo eles a *leitura da mente*, quando um indivíduo acredita saber o que outras pessoas estão a pensar, sem considerar alternativas mais prováveis; *personalização*, ocorre quando o indivíduo acredita que algo, positivo ou negativo, está a ocorrer por sua causa, descartando possibilidades mais plausíveis que expliquem tal situação; *culpa/crédito inapropriado de si próprio, ignorando o papel de outros*, quando o indivíduo atribui a si próprio a culpa ou o crédito inadequado por algo, ignorando a contribuição que outros possam ter tido na situação e *culpa inapropriada de outros, ignorando o seu papel*, quando o indivíduo atribui inadequadamente culpa ou crédito a outrem, sem considerar o seu próprio contributo na situação.

Por fim, o quinto e último grupo – Erro Cognitivo Sem Outra Especificação (SOE) – que possui apenas um erro cognitivo de nome homólogo ao grupo, destina-se à avaliação dos ECs que não se enquadram nos restantes grupos e cuja utilização deve ser realizada somente em último caso.

Os vários ECs podem ainda ser avaliados de acordo com a sua valência, dependendo do impacto ou consequência, positiva ou negativa, que os erros têm no indivíduo. Assim sendo, para classificarmos um erro cognitivo com uma valência negativa, temos que tomar a perspectiva do indivíduo que o está a cometer (Blake, Dobson, Sheptycki & Drapeau, 2016). A avaliação dos ECs utilizando a CERS pode ser feita a partir do uso direto de gravações de vídeo ou de transcrições literais de sessões de terapia. O recurso às transcrições permite aumentar a precisão e o vigor da avaliação, tornando-se num método particularmente pertinente em contexto de

investigação. Dessa forma, foi esse o método de avaliação selecionado no presente estudo. Para classificar um erro cognitivo no texto transcrito é preciso, primeiramente, selecionar o excerto do texto que contém o erro, cujo comprimento pode variar (e.g., uma *rotulagem* pode consistir num simples adjetivo ou numa frase inteira). De seguida, especifica-se o tipo de erro cognitivo através da sua abreviatura ou identificando-o pelo número da lista, entre 1 e 16 (Tabela 3). O terceiro passo consiste em avaliar qual a valência, negativa (N) ou positiva (P), do erro identificado. Após a avaliação de toda a transcrição são registados os ECs, com a sua valência discriminada, na folha de pontuação.

Tabela 3

Lista sumária de erros cognitivos de acordo com a CERS.

Grupo	Erros Cognitivos
A – Adivinhação	1. Adivinhação (AD)
B - Sobregeneralização	2. Rotulagem (ROT)
	3. Sobregeneralização (SG)
C – Abstração Seletiva	4. Pensamento tudo-ou-nada (T/N)
	5. Descontar o positivo ou negativo (DIS)
	6. Raciocínio emocional (RE)
	7. Maximização/Minimização do negativo ou positivo (MM)
	8. Filtro mental (FM)
	9. Declarações “Deve e tem” (DDT)
	10. Visão em túnel (VT)
	11. Conclusões precipitadas (CP)
D – Personalização	12. Leitura da mente (LM)
	13. Personalização (P)

	14. Culpa inapropriada/creditação de si próprio, ignorando o papel dos outros (CIP)
	15. Culpa inapropriada/creditação de outros, ignorando o seu papel (CIO)
E – Erro Cognitivo Sem Outra Especificação	16. Erro cognitivo sem outra especificação (EC SOE)

1.2.2.2 Identificação das problemáticas dos clientes a partir da APES

A APES – *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (Stiles et al., 1991) é uma escala que tem por base o modelo da assimilação e, desta forma, procura descrever o processo de assimilação de experiências problemáticas dos indivíduos, através de 8 níveis (0 – evitamento; 1 – pensamentos indesejáveis; 2 – consciência vaga/emergência; 3- colocação do problema/clarificação; 4 – compreensão/*insight*; 5 – aplicação/elaboração; 6 – solução/elaboração; 7 – domínio/mestria). Para que se possa caracterizar o processo de assimilação, a APES contempla um procedimento de identificação dos temas problemáticos do cliente de onde parte a codificação do seu nível de assimilação ao longo da terapia. Este procedimento consiste num método qualitativo que contempla o recurso a transcrições de sessões terapêuticas completas das quais se extrai excertos de assuntos centrais para o cliente, ou seja, os temas relativos às suas problemáticas centrais (Stiles, 2002). Tenhamos como exemplo os excertos “*ele não é pessoa de forma alguma de ouvir um não ou uma advertência sem ficar irritado*” e “*tudo o que faço hm tento fazer o meu melhor*”, retirados de uma sessão terapêutica. Nos mesmos, destacam-se os temas da relação conjugal e do desempenho, respetivamente, que correspondem às problemáticas centrais que levaram, neste caso, o indivíduo a experienciar sintomatologia depressiva.

1.3 Procedimentos

1.3.1 Codificação

O presente estudo teve por base a análise de 9 casos clínicos em TCC, sendo 7 de sucesso e 2 de insucesso. Para esse efeito, foram analisadas as transcrições da 1ª, 4ª, 8ª, 12ª e 16ª sessões de cada caso. O procedimento de análise das transcrições contemplou a codificação dos ECs dos clientes, com recurso à CERS. O processo de codificação englobou duas fases. Primeiramente, decorreu uma fase inicial de codificação, correspondente ao treino, levada a cabo por dois alunos do mestrado em psicologia clínica e da saúde, um dos quais a autora da presente dissertação, no papel de codificadores independentes e um auditor responsável pela monitorização das codificações, nomeadamente, um aluno que integra o doutoramento em psicologia clínica. O treino envolveu formação (e.g., leitura do manual da CERS) e contemplou a codificação das sessões 1, 4, 8, 12 e 16 de um caso clínico, proporcionando a integração no manuseamento da escala. Posteriormente ao processo individual de codificação, os codificadores, supervisionados pelo auditor, reuniram-se para discutir os resultados. Atendendo à natureza nominal das variáveis em questão, na fase de treino, à semelhança do que decorreu na fase seguinte, foi efetuado o cálculo relativo à fidelidade dos dados obtidos, através do Kappa de Kohen. Para esse efeito, recorreu-se ao programa informático IBM-SPSS, no qual se verificou um nível bom de fidelidade (Kappa de Kohen = .853). Numa segunda etapa, na qual decorreu a codificação dos dados utilizados no presente estudo, foi seguida uma metodologia idêntica à fase de treino, tendo sido obtido, de igual modo, um bom nível de fidelidade (Kappa de Kohen = .845), indicativo de um sólido acordo entre os codificadores. Após codificados os casos de acordo com a CERS, foi necessário proceder à exclusão dos ECs não relacionados com as problemáticas centrais dos clientes. Para esse efeito, foram utilizadas as codificações destes casos, anteriormente codificadas, com recurso à APES, de modo a se seleccionar os ECs relacionados com as problemáticas dos clientes.

1.3.2 Análise de resultados

Numa fase posterior, foi realizada a análise dos resultados obtidos no estudo. Devido à variação da duração das sessões e da produtividade verbal dos participantes, foi realizado, para cada sessão, um cálculo da proporção dos ECs por 1000 palavras, proporcionando uma análise mais descritiva e uniforme dos dados. Este cálculo pressupõe, em primeiro lugar, a contabilização da totalidade de palavras proferidas pelo participante na sessão e a divisão desse valor por 1000. Após isso, são contabilizados os ECs individuais do participante e dividido esse número pelo obtido na divisão realizada anteriormente ($EC_{\text{totais}}/1000$). Objetivando uma leitura mais acessível dos resultados obtidos, foram concebidos gráficos com recurso ao programa Microsoft Office Excel, os quais se encontram descritos no tópico seguinte.

2. Resultados

2.1 Evolução global dos erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso

Ao longo do processo terapêutico, e tal como representado na figura 1, os ECs totais, englobando os casos de sucesso e insucesso, seguem uma tendência decrescente, iniciando com uma média de 3,435 ECs por 1000 palavras na 1ª sessão e registando uma média de 2,112 ECs por 1000 palavras na última sessão. Apesar da trajetória de decréscimo, na 4ª e 12ª sessões verifica-se um aumento do número de ECs ($M = 4,5$ e $M = 3,085$, respetivamente).

Quando se procede à comparação entre o padrão de evolução dos ECs totais e os ECs relacionados com as problemáticas centrais, constata-se que os ECs relacionados com as problemáticas ao longo do processo terapêutico seguem a mesma tendência decrescente. Na 1ª sessão foi evidenciada uma média de 2,773 ECs por 1000 palavras e na 16ª sessão uma média de 1,445 ECs por 1000 palavras. É, de igual modo, evidenciado um aumento do número de ECs ligados às problemáticas na sessão 4 ($M = 3,428$) não sendo este, todavia, tão acentuado quanto

o aumento dos ECs totais. Excetua-se a 12^a sessão na qual os ECs relacionados com as problemáticas, contrariamente aos ECs totais, apresentam uma diminuição ($M = 2,4$). No que concerne a evolução do resultado terapêutico, expresso pelos valores do BDI-II, constata-se também uma trajetória decrescente, havendo uma diminuição da sintomatologia depressiva ao longo do processo terapêutico.

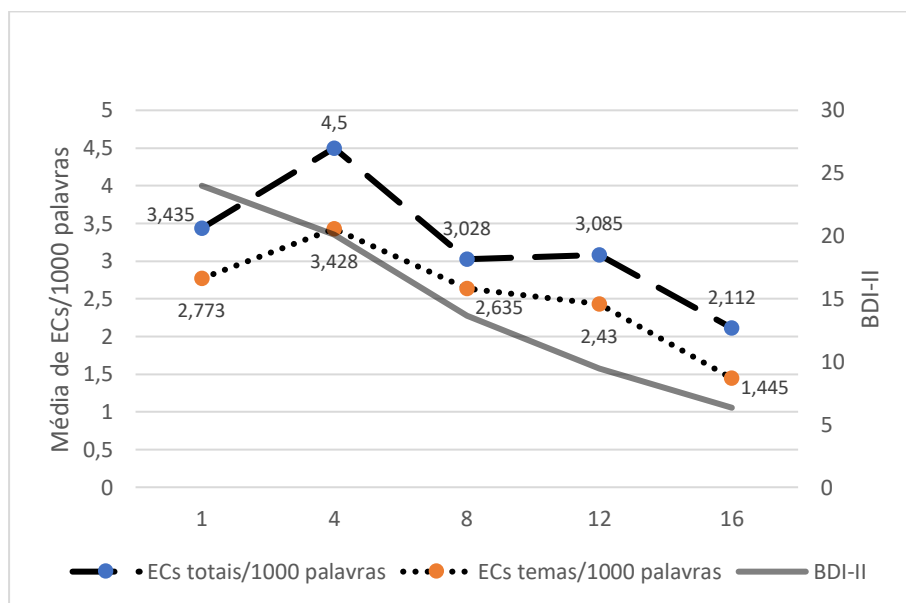


Figura 1. Evolução global dos ECs e resultado terapêutico entre sessões

No que respeita aos casos de sucesso terapêutico, e tal como representado na figura 2, o padrão de evolução dos ECs totais e dos ECs relacionados com as problemáticas centrais, entre si, é idêntico, com uma trajetória decrescente. Por sua vez, tal padrão segue a mesma tendência negativa da evolução dos ECs (englobando casos de sucesso e insucesso terapêutico) expressos no gráfico anterior. Nesta tipologia de casos, ao longo do processo terapêutico, é unicamente manifestado um aumento dos ECs na 4^a sessão, com os ECs totais a registar uma média de 5,236 ECs por 1000 palavras e, no caso dos ECs ligados às problemáticas, uma media de 3,921 ECs por 1000 palavras. Ao longo das sessões observa-se também uma diminuição dos valores do BDI-II, consistentes com o resultado terapêutico de sucesso.

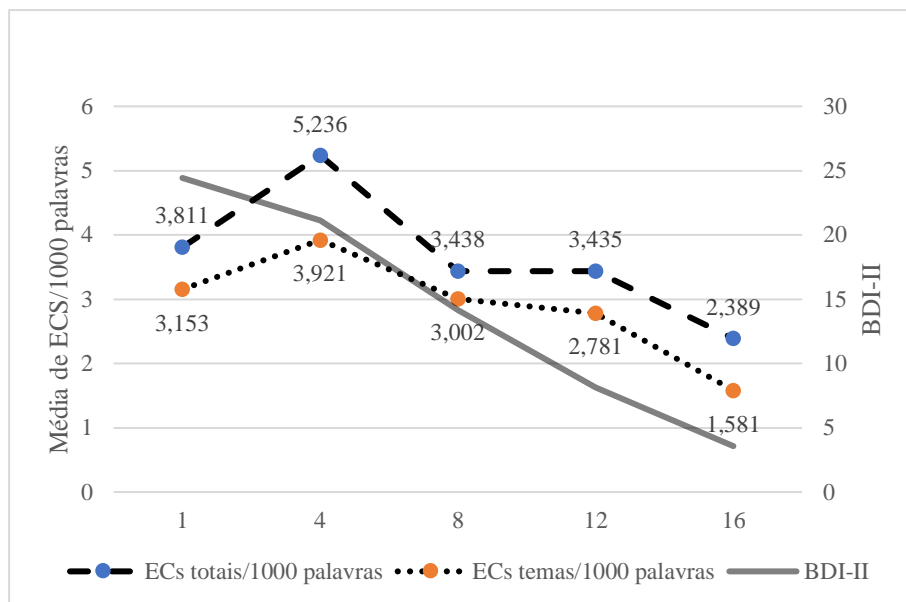


Figura 2. Evolução dos sintomas de depressão e do número de ECs totais e ECs relacionados com as problemáticas, ao longo do processo terapêutico, nos casos de sucesso terapêutico

Quando o enfoque recai unicamente os casos de insucesso terapêutico, tal como se observa na figura 3, é possível verificar que, apesar de também existir uma tendência decrescente ao longo do processo terapêutico, estes evidenciam um padrão distinto dos casos de sucesso. Para o padrão de evolução dos ECs totais, constata-se uma média inicial de 2,121 ECs por 1000 palavras, valor que continua a diminuir até à 8ª sessão ($M = 1,595$). Contrariamente aos casos de sucesso, o aumento mais significativo dos ECs totais é evidenciado na 12ª sessão ($M = 1,858$). Após isso, verifica-se de novo um decréscimo, registando-se uma média de 1,14 ECs totais por 1000 palavras, na 16ª sessão. No que respeita ao padrão de evolução dos ECs relacionados com as problemáticas, de uma forma geral, segue uma trajetória de decréscimo ($M_{1^a \text{ sessão}} = 1,443$; $M_{16^a \text{ sessão}} = 0,969$), excetuando-se o aumento passível de ser observado na 4ª sessão ($M = 1,703$). Relativamente aos valores dos sintomas de depressão, expressos pelo BDI-II, é registada uma diminuição entre a 1ª e a 8ª sessão, havendo um posterior aumento até ao fim do processo terapêutico.

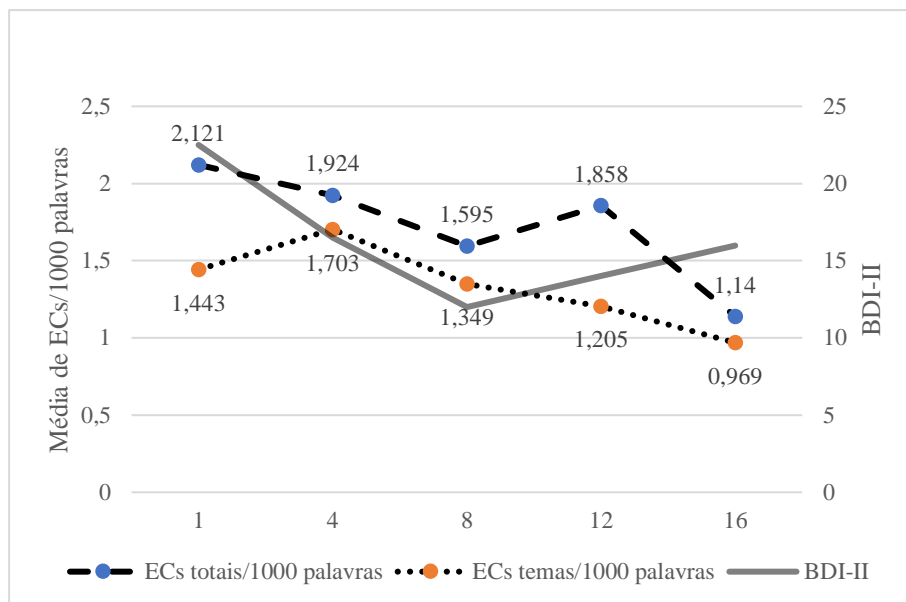


Figura 3. Evolução dos sintomas de depressão e do número de ECs totais e ECs relacionados com as problemáticas, ao longo do processo terapêutico, nos casos de insucesso

2.2 Evolução da valência dos erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso

No que respeita à evolução da valência dos ECs, os casos de sucesso terapêutico, tal como representado na figura 4, apresentam um padrão de evolução ECs com uma valência predominantemente negativa, que tende a diminuir ao longo do processo terapêutico. Entre a 1ª e a 4ª sessão houve uma ligeira diminuição da frequência de ECs totais negativos, registando-se os valores de 94,93% e 90,55%, respetivamente. Após a 4ª sessão, verifica-se um aumento dos ECs totais de valência negativa até a 8ª sessão (94,86%), os quais voltam a decrescer até à última sessão (77,57%). Os ECs ligados às problemáticas, no que respeita as suas valências negativas, apresentam, de igual modo, um padrão de evolução semelhante entre sessões, iniciando o processo terapêutico com uma frequência de 95,43% e terminando com 79,45%.

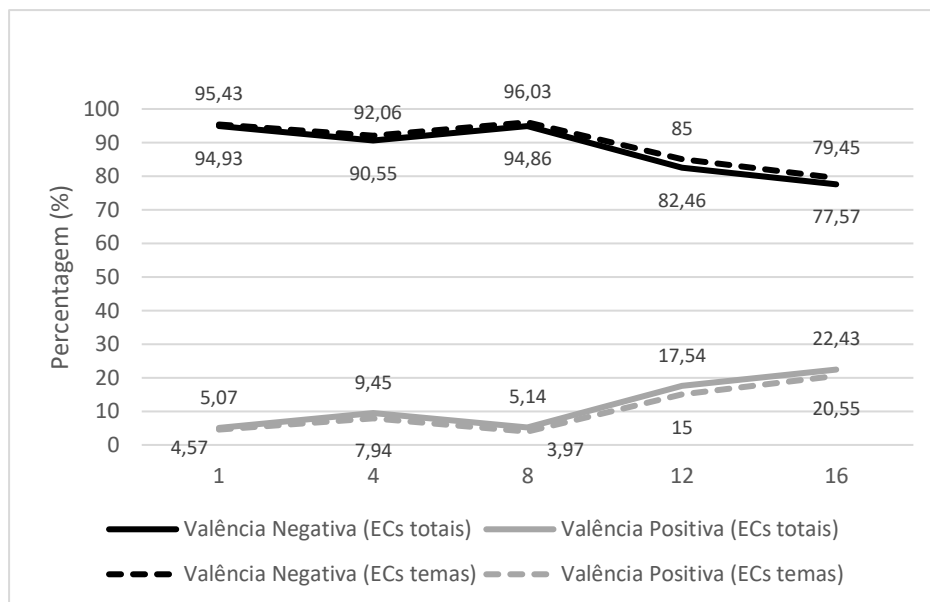


Figura 4. Prevalência dos ECs negativos e positivos, totais e relacionados com as problemáticas, nos casos de sucesso terapêutico

Os casos de insucesso terapêutico, representados na figura 5, de igual forma, registam uma predominância de ECs totais e ECs relacionados com as problemáticas centrais, de valência negativa. Na 1ª sessão, tanto os ECs totais como os ECs relacionados com as problemáticas apresentam uma maior prevalência de ECs de valência positiva (13,64% e 6,67%, respetivamente), que tende a diminuir até à 4ª sessão (0%), mantendo-se inalterada até a finalização do processo terapêutico. A diminuição dos ECs de valência positiva relacionados com as problemáticas centrais, entre a 1ª e a 4ª sessão, é, contudo, menos acentuada do que a dos ECs totais.

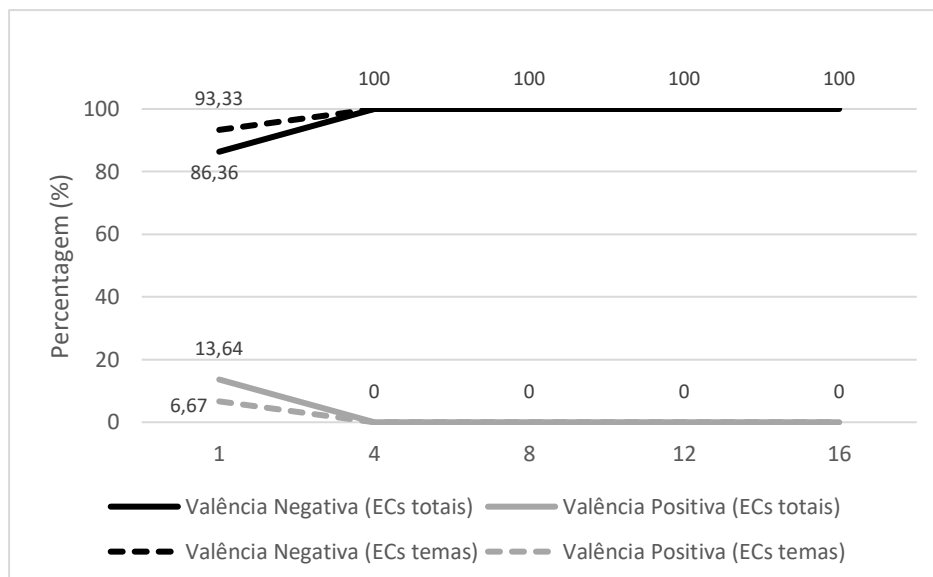


Figura 5. Prevalência dos ECs negativos e positivos, totais e relacionados com as problemáticas, nos casos de insucesso terapêutico

2.3 Prevalência dos grupos de erros cognitivos: Casos de sucesso e insucesso

Quando se procede à análise do grupo de ECs mais prevalente nos casos de sucesso terapêutico, constata-se a predominância dos grupos *sobregeneralização* e *abstração seletiva*. Ao analisar primeiramente os ECs totais, tal como representado na figura 6, observa-se uma maior frequência do grupo *sobregeneralização* na 1ª, 4ª e 16ª sessão (45,16%, 48,03% e 47,66%, respetivamente) e do grupo *abstração seletiva* na 8ª e 12ª sessão (53,14% e 52,63%, respetivamente). Nos ECs relacionados com as problemáticas, apresentados na figura 7, verifica-se uma predominância do grupo *sobregeneralização* na 1ª (44%) e última sessão (45,21%). Na 4ª sessão, por sua vez, existe uma diminuição da frequência deste grupo, passando o grupo *abstração seletiva* a ser o mais frequente (47,09%). Nas sessões 8 e 12, predomina, de igual modo, a *abstração seletiva* (54,97% e 55%, respetivamente).

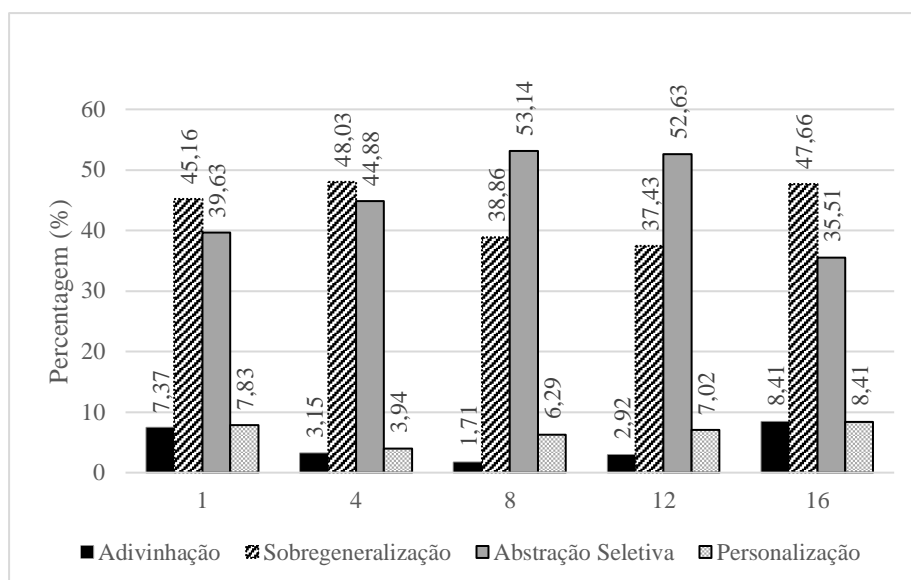


Figura 6. Prevalência dos grupos de ECs totais, nos casos de sucesso

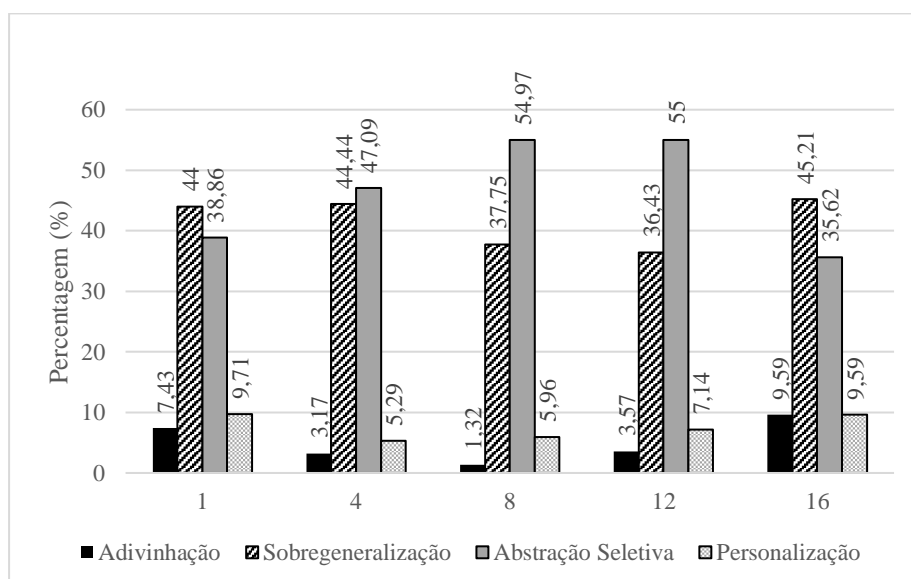


Figura 7. Prevalência dos grupos de ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de sucesso

Nos casos de insucesso terapêutico, exibidos nas figuras 8 e 9, à semelhança do que ocorre nos casos de sucesso, verifica-se uma maior frequência dos grupos *sobregeneralização* e *abstração seletiva*, não sendo, todavia, tão expressiva quanto nos sucessos. Relativamente aos ECs totais, representados na figura 8, o processo terapêutico inicia-se com uma prevalência do grupo da *sobregeneralização* (% 1ª sessão = 45,45%). Na 4ª sessão a frequência deste grupo

diminui, igualando-se ao grupo *abstração seletiva* (39,02%). A frequência do grupo de *sobregeneralização* volta a decrescer na 8ª sessão (30,77%), aumentando, por sua vez, o grupo *abstração seletiva* (34,62%). Na 12ª sessão, volta a predominar a *sobregeneralização* (36,67%), seguida da *abstração seletiva* (30%). No final do processo terapêutico, ocorre um aumento bastante expressivo do grupo de *sobregeneralização* (76,92%) e deixam de ser registados ECs pertencentes ao grupo *adivinhação*.

Os grupos de ECs relacionados com as problemáticas, representados na figura 9 evidenciam oscilações distintas dos grupos de ECs totais, à exceção da 16ª sessão, na qual apresentam uma prevalência do grupo *sobregeneralização* (72,73%) e frequência nula da *adivinhação*. Na 1ª e 4ª sessão, o grupo mais prevalente é o da *abstração seletiva* (% 1ª sessão = 43,33; % 4ª sessão = 39,47), seguido da *sobregeneralização* (% 1ª sessão = 33,33; % 4ª sessão = 36,84), *adivinhação* (% 1ª sessão = 16,67; % 4ª sessão = 18,42) e *personalização* (% 1ª sessão = 6,67; % 4ª sessão = 5,26). Na 8ª sessão, os grupos *sobregeneralização* e *abstração seletiva* predominam, apresentando frequências idênticas (31,82%). Na 12ª sessão, os grupos *adivinhação* e *sobregeneralização* igualam a sua frequência (30%), seguindo-se os grupos *abstração seletiva* (25%) e *personalização* (15%) com frequências menos expressivas.

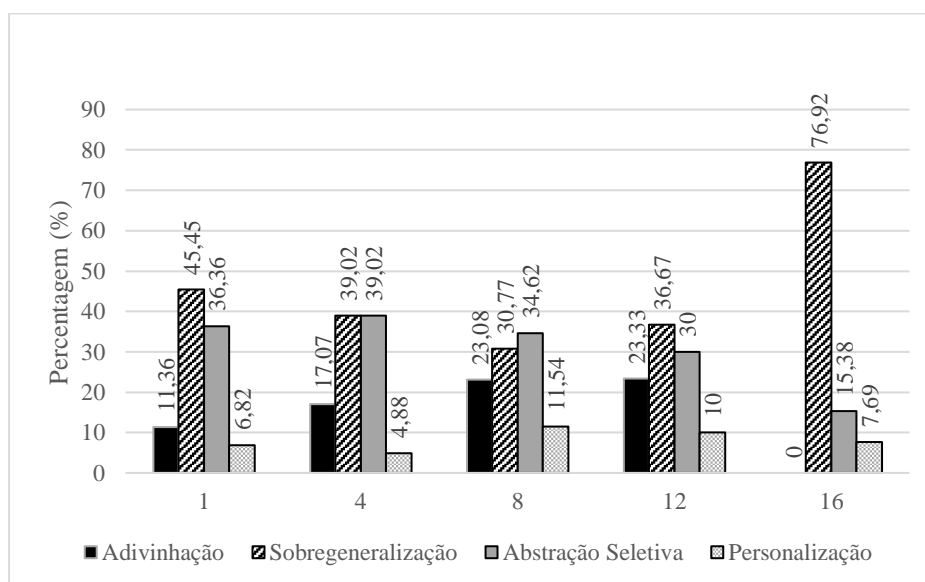


Figura 8. Prevalência dos grupos de ECs totais, nos casos de insucesso

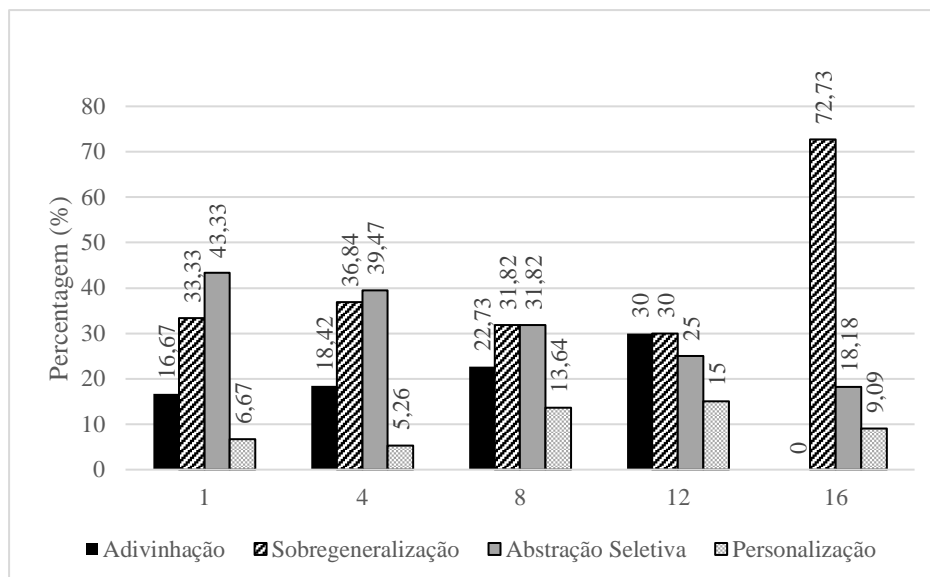


Figura 9. Prevalência dos grupos de ECs relacionados com as problemáticas, nos casos de insucesso

Discussão

A presente dissertação teve como principal objetivo compreender a mudança cognitiva em TCC para a depressão, através do padrão de evolução dos ECs relacionados com as problemáticas centrais trazidos pelos clientes com depressão à terapia, tendo em linha de conta também a comparação destes com os ECs verbalizados na totalidade do processo terapêutico. De uma forma geral, foi possível constatar que os ECs totais tendem a diminuir ao longo do processo terapêutico, tanto nos casos de sucesso como de insucesso, facto consistente com os resultados obtidos por Blake e colaboradores (2013b), Drapeau (2014) e Correia (2016). Este facto não vai, todavia, ao encontro dos resultados de Blake e colaboradores (2016) e de Zettle e Rains (1989), pois, nos seus estudos, os autores concluíram que o número de ECs não sofria alterações ao longo do processo terapêutico. Efetuando uma comparação entre a evolução da globalidade dos ECs e a evolução dos ECs relativos às problemáticas dos clientes, observa-se um padrão de decréscimo semelhante. À exceção da sessão 12 em que os ECs relacionados com as problemáticas centrais exibem uma diminuição, em ambos os casos, verifica-se exacerbações

do número de ECs identificados nas sessões 4 e 12, o que pode coincidir com o trabalho terapêutico ao nível da identificação de pensamentos automáticos e de crenças centrais, respetivamente. O padrão de evolução global, juntamente com os sintomas de depressão, expressos pelos valores do BDI-II, parece ser indicativo da eficácia da TCC na diminuição da forma enviesada de pensamento e da sintomatologia depressiva experienciada pelos clientes.

Nos casos de sucesso, a evolução tem um padrão decrescente. Comparando a fase inicial com a fase final do processo terapêutico, verifica-se que ocorre uma maior redução do número de ECs relacionados com as problemáticas centrais do que do número de ECs totais, o que pressupõe ter havido uma maior reestruturação dos ECs ligados às problemáticas centrais que, por sua vez, poderá estar relacionado com o bom resultado terapêutico. Estes dados em conjunto com os sintomas de depressão, expressos pelos valores do BDI-II, em ambas as fases do processo terapêutico parecem assentar na já bem verificada eficácia da TCC para o tratamento da depressão (Powell et al., 2008; Twomey, O'Reilly & Byrne, 2015). No que concerne às valências dos ECs nos casos de sucesso, apesar de se manterem predominantemente negativas ao longo do processo terapêutico, regista-se uma maior prevalência de ECs positivos no final do processo terapêutico comparativamente com o que se regista numa fase inicial. Estes resultados corroboram, em certo ponto, os de Blake et al. (2016), na medida que os autores, perante a não variação do número de ECs no decorrer do processo terapêutico, também constataram um aumento da prevalência dos ECs de valência positiva no final do mesmo.

Os clientes com sucesso, no início do processo, apresentavam níveis de sintomatologia mais elevados do que os com insucesso terapêutico. Quando os clientes apresentam uma severidade da depressão e níveis de inativação mais elevados, o protocolo de TCC pressupõe o recurso a técnicas de carácter comportamental (e.g., ativação comportamental), além das técnicas cognitivas, numa primeira fase do processo, de modo a potenciar uma sensação de realização e autoeficácia e, conseqüentemente, uma melhoria no humor (J. Beck, 2011). Assim, uma

possível explicação para o aumento de ECs de valência positiva relacionados com as problemáticas centrais entre a 1ª e a 4ª sessão pode consistir no facto de que a ativação comportamental pode estar a fazer com que o cliente evidencie ganhos que se refletem também a nível cognitivo, passando o mesmo a manifestar uma visão menos negativa das várias dimensões da sua vida. Por sua vez, estes ganhos conduzem a melhorias sintomáticas, o que é observável pela descida dos valores do BDI-II. Estes resultados vão ao encontro da noção defendida pelos autores Tang e DeRubeis (1999) quando, no seu estudo, concluem que a existência de mudanças cognitivas, na fase inicial da terapia, prediz mudanças e ganhos posteriores, nomeadamente, uma melhoria duradoura dos sintomas.

Ainda nos casos de sucesso, regista-se um maior número de ECs tanto totais, como exclusivamente ligados às problemáticas, na 4ª sessão, consistente com o início do trabalho terapêutico em torno da identificação de pensamentos automáticos. Os grupos mais prevalentes de ECs totais, nesta sessão, foram o de *sobregeneralização* e o de *abstração seletiva*, havendo uma maior frequência da *sobregeneralização*. Em acréscimo, a valência desses ECs é maioritariamente negativa, o que pode estar relacionado com a vivência e com as avaliações predominantemente negativas que o indivíduo com depressão tende a ter em todas as dimensões da sua vida. Quando se analisam os ECs relacionados com as problemáticas passa a existir uma predominância do grupo *abstração seletiva* em detrimento da *sobregeneralização*. Estes dados vão ao encontro dos resultados constatados no estudo de Blake, Dobson e Drapeau (2013a), em que o grupo de ECs mais frequente entre clientes com depressão era o grupo da *abstração seletiva*, seguindo-se o grupo da *sobregeneralização* e, por último, o grupo da *adivinhação*, o que confere a noção de tríade cognitiva, respetivamente, a visão negativa do mundo, de si e do futuro.

O registo de uma diferença consideravelmente maior entre os ECs totais e os ECs relacionados com as problemáticas na 4ª sessão pode dever-se ao facto de que o processo

terapêutico se inicia pela identificação de pensamentos automáticos negativos e crenças mais superficiais. Assim, muitos dos ECs verbalizados pelos clientes podem não dizer respeito aos esquemas que se encontram na base da problemática apresentada. Neste sentido, é possível também explicar a diferença pouco acentuada que ocorre entre os ECs totais e os ECs relacionados com as problemáticas após a 8ª sessão, uma vez que com o avançar do processo terapêutico pressupõe-se o recurso a técnicas de identificação de crenças mais centrais, sendo expectável que os ECs verbalizados na globalidade consistam em ECs relacionados com as problemáticas centrais (J. Beck, 2011).

Procedendo à análise dos casos de insucesso, estes apresentam, igualmente, uma trajetória de decréscimo ao longo do processo terapêutico. Os ECs totais, bem como os sintomas de depressão, diminuem entre a 1ª e a 8ª sessão. Da 8ª à 12ª sessão os mesmos aumentam, havendo, após a 12ª sessão, uma diminuição do número de ECs totais e um contínuo aumento dos sintomas depressivos até ao término da terapia. Contudo, na fase inicial do processo terapêutico, observa-se uma grande diferença entre o número de ECs relacionados com as problemáticas que os trouxeram à terapia e o número de ECs totais. Em acréscimo, os clientes com insucesso terapêutico apresentavam, no início da terapia, valores menos elevados de sintomatologia depressiva do que os clientes com sucesso terapêutico, o que pode evidenciar um reduzido *insight* do cliente em relação à sua problemática no início do processo. De acordo com J. Beck (2011) e Leahy (2003), baixos níveis de *insight* expressos pelo cliente condicionam o resultado terapêutico, o que, por seu turno, pode explicar o insucesso. Quando os clientes não têm consciência acerca do seu problema e do impacto do mesmo nos vários contextos, também dificilmente encetam esforços no sentido da sua resolução. Entre a 1ª e a 4ª sessão, surge, concomitantemente, um aumento do número de ECs relacionados com as problemáticas e uma diminuição dos ECs totais, o que pode ser indicativo de um aumento ao nível do *insight*, visto que a maioria dos ECs proferidos naquela sessão passam a ser relativos às problemáticas

centrais. Todavia, após a 8ª sessão, o padrão decrescente é interrompido, dando lugar a uma trajetória crescente. O aumento de ECs totais registado na 12ª sessão, em detrimento dos ECs relacionados com as problemáticas, pode dever-se a uma grande rigidez cognitiva ou à adesão tardia dos clientes ao modelo terapêutico, o que, por sua vez, explica a disparidade entre os ECs verbalizados na sua totalidade e os ECs ligados à problemática. De forma a colmatar a não adesão do cliente, o terapeuta procura também aumentar o recurso a técnicas de identificação de pensamentos automáticos negativos e/ou crenças centrais, o que propicia um maior número de verbalizações por parte do cliente, suscetíveis de serem cotadas como ECs. No entanto, o facto de o cliente não estar empenhado no processo terapêutico, por inúmeras razões (e.g., quebra na aliança terapêutica; não estar a constatar melhorias; rigidez cognitiva), faz com que a maioria das verbalizações não reflitam ECs relacionados com as problemáticas centrais. Assim sendo, a diminuição dos ECs relacionados as problemáticas, pode não estar aqui relacionada com melhorias terapêuticas, como se constata pelo aumento nos valores do BDI-II, mas sim à “fuga” do cliente relativamente àqueles que são os aspetos que se encontram na génese das problemáticas.

Ao comparar a fase inicial e final da terapia nos casos de insucesso, constata-se uma menor redução dos ECs relacionados com as problemáticas relativamente à redução sofrida pelos ECs totais, bem como esta redução é muito menor relativamente à dos casos de sucesso, o que, associado ao aumento dos sintomas de depressão, expressos pelo BDI-II, de igual forma, pode dar alguma indicação acerca do processo que conduz ao insucesso. Tendo em conta os resultados obtidos a este nível, reduções mais acentuadas no que refere aos ECs relacionados com as problemáticas centrais dos clientes, evidenciam encontrar-se associadas a um melhor prognóstico terapêutico. Não obstante, estes dados corroboram as conclusões dos autores Blake, Dobson e Drapeau (2013a), Pothier et al. (2012) e Sheptycki et al. (2012) de que o número de ECs não se encontra diretamente relacionado com a severidade da sintomatologia depressiva,

atendendo ao facto de que houve um decréscimo no número de ECs no decorrer do processo terapêutico e, no entanto, constatou-se uma exacerbação dos sintomas depressivos, expressos pelo BDI-II, em média. Ao analisar a valência dos ECs, verifica-se que as valências positivas são escassas, sendo que a partir da 4ª sessão os clientes recorrem exclusivamente à verbalização de ECs de valência negativa, o que pode ser consistente com o desânimo do cliente para com o processo terapêutico e o conseqüente aumento das avaliações negativas sobre si próprio, os outros e o futuro, retratadas pelos grupos de ECs mais frequentemente expressos pelos clientes com insucesso, nomeadamente, *sobregeneralização*, *abstração seletiva* e *adivinhação*. Este facto é também possível comprovar com o expressivo aumento do grupo da *sobregeneralização* no final do processo terapêutico. À semelhança dos casos com sucesso, estes resultados vão ao encontro das conclusões do estudo de Blake e colaboradores (2013a) no que refere às categorias dos ECs mais verbalizados.

A título de conclusão, este estudo permite concluir que os ECs tendem a diminuir tanto nos casos de sucesso, como nos de insucesso terapêutico e que não existem diferenças significativas entre os ECs totais e os ECs associados às problemáticas centrais, nos casos de sucesso, no que respeita o seu padrão de evolução. Contudo, a análise aos ECs relacionados com as problemáticas, levada a cabo por este estudo, tornou-se pertinente para melhor compreender a evolução dos clientes, em termos dos avanços e recuos terapêuticos. Estas conclusões poderão ser benéficas para os terapeutas aquando da implementação das técnicas necessárias de reestruturação cognitiva nas diversas etapas do processo terapêutico, potenciando ganhos mais duradouros.

Conclusão

Em suma, a presente dissertação pretendeu contribuir para uma melhor compreensão acerca do processo de mudança em TCC para a depressão, integrando um estudo de caráter qualitativo que teve por base a análise do papel dos ECs relacionados com as problemáticas centrais dos clientes enquanto indicadores da sua mudança cognitiva. Não obstante, são passíveis de serem identificadas algumas limitações ao presente estudo, nomeadamente, e por se tratar de um estudo qualitativo, o recurso a uma amostra reduzida, em especial, no que respeitam os casos de insucesso e os participantes do sexo masculino, aspeto que pode traduzir-se em resultados mais idiossincráticos, e não exemplificativos dos processos de ausência de mudança. Em acréscimo, a dificuldade em encontrar literatura sobre mudança cognitiva em TCC recorrendo aos ECs relacionados unicamente com as problemáticas, o que condicionou o suporte empírico.

No que concerne a estudos futuros, seria pertinente caracterizar novamente a mudança cognitiva ao longo do processo terapêutico, através de um estudo descritivo com uma amostra mais reduzida, recorrendo à análise dos ECs relacionados com as problemáticas, mas procedendo à discriminação das diferentes temáticas relativas aos problemas do cliente. Talvez desta forma se torne mais perceptível a compreensão dos mecanismos que estão a ser responsáveis pelos ganhos terapêuticos. Outra hipótese seria a de replicar o presente estudo com uma amostra maior, especialmente, ao nível dos casos de insucesso. Em acréscimo, seria também benéfico compreender o papel das técnicas de reestruturação cognitiva e de que forma o sucesso, ou não, das mesmas ao longo do processo terapêutico influencia a evolução dos ECs.

Referências

- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, 3 (1), 49-60.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10 (6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (9), 953-957. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annu Rev Med*, 62, 397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1977). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive-behavioral therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Blake, E., Dobson, K. S., Sheptycki, A. R., & Drapeau, M. (2016). Changes in cognitive errors over the course of cognitive therapy for depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30 (1), 16-31. doi: 10.1891/0889-8391.30.1.16
- Camargo, J., & Andretta, I. (2013). Terapia cognitivo-comportamental para depressão: um caso clínico. *Contextos Clínicos*, 6 (1), 25-32.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Geddes, J. R., Higgins, J. P., Churchill, R., Watanabe, N., Nakagawa, A., Omori, I. M., McGuire, H., Tansella, M., & Barbui, C. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants:

- A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 373 (9665), 746-758. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60046-5
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry*, 17 (4), 222-226. doi: S0924933802006636/SCO
- Correia, C. (2016) *Caraterização da evolução dos erros cognitivos ao longo da terapia cognitivo-comportamental na depressão (Tese de Mestrado)*. Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Drapeau, M. (2014). The assessment of cognitive errors using an observer-rated method. *Psychotherapy Research*, 24 (2), 240-249. doi: 10.1080/10503307.2013.861094
- Drapeau, M., & Perry, J. C. (2009). *The Cognitive Errors Rating System*. Unpublished manual: Author.
- Drapeau, M., Perry, J. C., & Dunkley, D. (2005). *The Cognitive Errors rating system*. McGill University: Author.
- D'Iuso, D., Blake, E., Fitzpatrick, M., & Drapeau, M. (2009). Cognitive errors, coping patterns, and the therapeutic alliance: A pilot study of in-session process. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (2), 108-114. doi: 10.1080/14733140902804276
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Froján- Parga, M. X., Calero-Elvira, A., & Montaña-Fidalgo, M. (2009). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 30-41. doi 10.1080/10503300802326046

- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clin Psychol Sci Prac*, 14 (3), 224-239. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x>
- Gonçalves, Ó. (2014). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas* (6.^a ed.). Edições Afrontamento: Porto.
- Hawley, L., Padesky, C. A., Hollon, S. D., Mancuso, E, Lapos, J. M., Brozina, K, & Segal, Z. V. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. *Behavior Therapy*, 48 (1), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.003>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J, Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Cognit Ther Res*, 36 (5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioral therapy and does it work?. *Current Opinion in Neurobiology*, 8 (2), 289-292. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(98\)80153-0](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(98)80153-0)
- Hollon, S. D. (2003) Does cognitive therapy have an enduring effect?. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (1), 71-75. doi: 0147-5916/03/0200-0071/0
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 295-304. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>

- Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. *American Psychologist*, 63 (3), 146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton & Co.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. *Rev Bras Psiquiatria*, 30 (2), 73-80.
- Kramer, U., & Drapeau, M. (2009). The cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: A pilot study. *The Open Criminology Journal*, 2, 24-28. doi: 10.2174/1874917800902010024
- Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 205-212.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25 (3), 321-329. doi: 10.1080/10503307.2014.1002440
- Pothier, B., Dobson, K. S., & Drapeau, M. (2012). Investigating the relationship between depression severity and cognitive rigidity through the use of cognitive errors. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 35-40.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*, 30 (2), 73-80.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Rees, A, Hardy, G. E., Barkham, M., Elliot, R., Smith, J. A., & Reynolds, S. (2001). “It’s like catching a desire before it flies away”: A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11 (3), 331-351.

- Rosenfield, B. M. (2004). *Relationship between cognitive distortions and psychological disorders across diagnostic axes* (Doctoral Dissertation). Retirado de http://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=psychology_dissertations
- Schwartzman, D., Stamoulos, C., D'Iuso, D., Thompson, K., Dobson, K. S., Kramer, U., & Drapeau, M. (2012). The relationship between cognitive errors and interpersonal patterns in depressed women. *Psychotherapy, 49* (4), 528-535. doi: 10.1037/a0029583
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy, 38* (4), 462-465. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* (6), 894-904. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.894>
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice, 32* (1), 3-15. doi: 10.1093/fampra/cmu060