

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: CONCEITOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Saint Clair Bahls

Médico Psiquiatra

Mestre em Psicologia

Professor da Universidade Tuiuti do Paraná, Universidade Federal do Paraná e Unicenp

Ariana Bassetti Borba Navolar

Psicóloga Clínica.

Pós-graduada em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva pela Unicenp

RESUMO

Este artigo apresenta princípios e conceitos que embasam a prática da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O objetivo é contextualizar o leitor a respeito da natureza desta abordagem que vem sendo cada vez mais aplicada ao tratamento de diversos transtornos psiquiátricos. Para tanto é necessário visitar os pressupostos teóricos da Terapia Cognitiva e da Terapia Comportamental. A abordagem cognitiva focaliza o trabalho terapêutico sobre os fatores cognitivos que estão na etiologia e na manutenção de determinada psicopatologia, já a abordagem comportamental, através do conhecimento sobre as leis gerais do comportamento, proporciona a compreensão dos fatores que o mantêm possibilitando meios de alterar condições inadequadas. Também será feito um breve apanhado histórico sobre a ocorrência da chamada “Revolução Cognitiva” na psicologia, movimento que culminou no surgimento das terapias denominadas atualmente de cognitivo-comportamentais.

Palavras-chave: conceitos básicos, Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva.

Abstract

This article presents concepts and findings about the Cognitive-Behavioral Therapy practice. Our purpose is approach the reader to this kind of therapy. Cognitive-Behavioral Therapy has been successful applied to the treatment of psychiatric disorders. Thus, it is necessary to know the theoretical grounds from Cognitive Therapy and Behavioral Therapy. The Cognitive approach has its focus on the cognitive factors are in the etiology and maintenance of a mental disease. The Behavioral approach, through general rules about behavior, becomes possible to understand factors that keep a specific behavior and to change dysfunctions conditions. We will do a brief about the “Cognitive Revolution” in psychology, which established the called Cognitive-Behavioral Therapies.

Keywords: Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, basics concepts.

A Terapia Cognitivo-Comportamental integra técnicas e conceitos vindos de duas principais abordagens tais como a cognitiva e a comportamental. Em seguida, serão apresentados os pressupostos teóricos destas abordagens e o surgimento de um movimento integrador na psicologia que culminou no que atualmente denominam-se de terapias cognitivo-comportamentais, terapias estas que apresentam diversas aplicações no tratamento de problemas psiquiátricos.

TERAPIA COGNITIVA: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A Terapia Cognitiva utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenômenos relativos a psicologia humana, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia .

Vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (Shinohara,1997; Shaw & Segal, 1999).

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros (Beck, 1963; 1964).

Assim, a teoria cognitiva tem como objeto de estudo principal a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo.

O objetivo da Teoria Cognitiva é descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como maladaptativos ou disfuncionais. O objetivo da terapia cognitiva seria, ainda, o de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos idiossincráticos (Bahls, 1999; Biggs & Rush, 1999; Beck & Alford,2000).

No processo de psicoterapia cognitiva ocorre algo muito semelhante a testagem empírica das teorias científicas: os sistemas de crenças pessoais são testados com relação à suas conseqüências e funcionalidade para a vida do paciente dentro de contextos específicos (Lima & Wielenska, 1993). Este processo de testagem empírica ocorre a partir da aplicação de técnicas e conceitos desenvolvidos na teoria cognitiva e por esta razão é imprescindível, para a realização de uma terapia com bases verdadeiramente científicas, que o terapeuta tenha um embasamento teórico sólido bem como um domínio das técnicas e uma boa interação com a pessoa que buscou o tratamento, já que deve haver uma parceria terapeuta-paciente nesta investigação cognitiva (Rangé, 1998a; Beck & Alford, 2000).

A história da terapia cognitiva inicia-se em 1956 quando Aaron Beck realizou um trabalho de pesquisa com o intuito de verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão. Para Freud

(1917), pessoas deprimidas apresentavam uma “hostilidade retrofletida” ou seja, uma espécie de masoquismo ou necessidade de sofrer. Os estudos de Beck o levaram a deparar-se com resultados de outra natureza: alguns pacientes apresentaram melhoras em resposta a algumas experiências bem sucedidas e não resistiram a estas mudanças, contrariando o esperado (Beck & Alford, 2000).

Isto fez com que Beck e demais pesquisadores iniciassem uma seqüência de novos e diversos estudos sobre a depressão que passou a ser vista como um transtorno cuja principal característica seria uma tendência negativa onde a pessoa deprimida apresenta, muito freqüentemente, expectativas negativas com relação ao resultado de seus comportamentos e uma visão também negativa de si mesma, do contexto em que está inserida e de seus objetivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). A partir disso os demais estudos desenvolveram-se de forma a testar estratégias de modificação de tais tendências negativas existentes na depressão bem como a extensão da testagem deste novo modelo a outros transtornos.

Beck e Alford (2000) definem cognição como a “função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros” ou ainda “... o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudança”. A teoria cognitiva possui dez axiomas formais que servem de ponto de apoio para as demais proposições teóricas. O termo axioma refere-se a afirmações que não podem ser deduzidas sendo independentes das demais afirmações existentes em uma teoria científica. Tais axiomas serão aqui enumerados de acordo com a apresentação feita pelos autores citados acima.

O funcionamento psicológico bem como a adaptação psicológica a determinado contexto estão na dependência de “estruturas de cognição com significado” ou simplesmente “esquemas”. O termo “significado” é, por sua vez, designado como o resultado da ação de interpretar uma realidade determinada e a forma de relação desta realidade com o *self*.

A função da atribuição de significado é a adaptação a um contexto específico. As estratégias adaptativas são ativadas a partir da atribuição de significado já que este tem a função de “controle dos vários sistemas psicológicos” tais como o comportamental, o emocional, os sistemas de atenção e da memória.

Ocorrem influências entre os “sistemas cognitivos” e os demais sistemas psicológicos de forma a interagirem.

Uma “categoria de significado” apresenta implicações que são padrões específicos de emoção, atenção, memória e comportamento. Este fato denomina-se “especificidade do conteúdo cognitivo”.

Os significados são construídos pelo indivíduo, ou seja, não são componentes preexistentes da realidade. No entanto tais significados podem constituir-se como corretos ou incorretos em relação a um contexto ou objetivo específicos. Os significados ditos incorretos são denominados como “disfuncionais” ou “maladaptativos” no que se refere a ativação dos sistemas. Os erros (“distorções cognitivas” e “preconcepções”) podem acontecer tanto em relação ao conteúdo cognitivo propriamente dito (significado) como em relação ao processo de elaboração de significado (processamento cognitivo).

Existe nos indivíduos uma predisposição a fazerem construções cognitivas falhas e isto denomina-se “vulnerabilidade cognitiva”. Em decorrência da especificidade cognitiva uma vulnerabilidade cognitiva específica predispõe a pessoa a uma síndrome específica.

Os significados maladaptativos, dos quais resultam a psicopatologia, são construídos em relação ao que é denominado de “Tríade Cognitiva” ou seja em relação ao *self*, ao ambiente (experiência atual) e ao futuro (objetivo).

Existem dois tipos de significado: o “significado público” que pode não ter muitas implicações para o indivíduo (é o significado objetivo de um evento) e o “significado pessoal” ou privado. O significado pessoal é construído a partir de implicações e generalizações relacionadas a ocorrência de um evento.

Existem três níveis de cognição: o nível pré-consciente, o nível consciente e o nível metacognitivo. De acordo com esta abordagem, o nível consciente desempenha o papel mais importante na melhora do paciente.

Os esquemas não são nunca adaptativos ou maladaptativos sendo classificados assim com relação a um contexto específico. Assim os esquemas evoluem para facilitar a adaptação da pessoa ao ambiente no qual está inserida.

Estes são portanto os dez axiomas formais da teoria cognitiva, no entanto, nesta abordagem os axiomas não são vistos como elementos estáticos podendo evoluir de acordo com o surgimento de novas evidências.

Em diversos transtornos tais como o transtorno de pânico, a depressão e o transtorno bipolar de humor ocorre um prejuízo no funcionamento normal da atividade de organização cognitiva (Bahls, 1999; 2003). Nos transtornos de ansiedade, por exemplo, existe o impedimento de uma tendência inata a ampliar o foco de atenção (ampliar o universo de fenômenos aos quais um organismo fica atento) de forma que este organismo atua como se estivesse em uma situação de ameaça real sem poder dar outros significados à situação. Em situações de ameaça à sobrevivência esta tendência é bloqueada de forma que o indivíduo foca sua atenção sobre aquilo que está o ameaçando, o que é extremamente adaptativo do ponto de vista evolutivo (Lotufo Neto, 1993b; Rangé, 1998b). Assim, nos transtornos de ansiedade, o indivíduo sente-se intensamente vulnerável ao que considera serem ameaças, esta sensação o leva a esquivar-se de situações potencialmente ansiogênicas para ele.

A teoria cognitiva é vista como pertencente às teorias construtivistas pois vê o homem como um ser que constrói seus significados sobre os fatos e portanto constrói sua própria realidade já que a forma como este interpreta seu mundo determinará a maneira com que ele irá comportar-se.

TERAPIA COMPORTAMENTAL: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A terapia comportamental embasa-se nas teorias sobre o comportamento que se desenvolveram a partir do início do século XX e que na década de 50 teve grande repercussão através obra de Skinner.

O desenvolvimento da teoria comportamental permitiu o conhecimento a respeito das leis gerais do comportamento tornando-o mais previsível. Tal conhecimento é o ponto no qual a terapia comportamental se apóia para o desenvolvimento de sua prática clínica. Nesse sentido, é essencial o conhecimento a respeito de termos e conceitos relativos a esta abordagem.

Dentro da perspectiva comportamental existem dois tipos de comportamento: o conhecido como “comportamento respondente” (denominado assim por responder a um estímulo específico como os comportamentos reflexos, por exemplo) que tem caráter involuntário e o “comportamento operante” que tem caráter voluntário.

O comportamento operante é aquele que modifica o ambiente, estando sujeito a alterações a partir das conseqüências de sua atuação sobre o ambiente. Ou seja, as probabilidades futuras de um operante ocorrer novamente está na dependência das conseqüências que foram geradas por ele (Skinner,1953).

Além do conhecimento sobre as formas de comportamento, o conceito de “condicionamento” desempenha papel fundamental dentro desta abordagem. Este conceito traz a idéia de que os comportamentos são mutáveis, ou seja, que a partir de mudanças nas condições do ambiente podem ser alterados. Alguns fatores estão envolvidos no condicionamento operante: presença de reforçadores ou de situações aversivas (Lotufo Neto, 1993a; Lettner, 1998).

Mediante uma conseqüência reforçadora a probabilidade de que um operante ocorra novamente é aumentada. O padrão de reforçamento também é um fator que influencia na freqüência em que ocorre um comportamento operante. O reforço pode ser contínuo ou seja, ocorrer sempre após determinada resposta ou intermitente onde acontece de acordo com uma determinada periodicidade. O comportamento tende a ocorrer numa freqüência maior quando está vinculado a um esquema de reforçamento intermitente (Skinner,1953).

Ainda com relação ao condicionamento operante, situações que antecedem determinada resposta e que tenham sido vinculadas a um reforçamento constituem-se em fatores que podem governar o comportamento do indivíduo. Esta situação denomina-se estímulo discriminativo, pois, permite que o sujeito consiga discriminar no ambiente as situações que garantem o reforço após a emissão de determinada resposta. Além desta capacidade de discriminação também é importante o conhecimento sobre o conceito de generalização: um organismo é capaz de estabelecer diferenças e semelhanças entre estímulos e a partir disso comportar-se da mesma forma em ambientes diferentes (Lotufo Neto, 1993a; Rangé,1998a; Bahls, 2003).

No condicionamento operante pode ser utilizado um procedimento conhecido como “modelagem” que consiste na forma progressiva com que o repertório comportamental de um organismo vai sendo modificado através de reforçamentos sistemáticos de comportamentos que se assemelham ao comportamento final ao qual se quer atingir.

Situações ditas aversivas também produzem determinados tipos de comportamentos. A punição, por exemplo, é uma delas: a punição caracteriza-se pela retirada de um estímulo reforçador diante de determinada resposta ou pela apresentação de um estímulo aversivo. De acordo com Skinner (1953) a punição somente produz diminuição de um dado comportamento temporariamente e nas situações em que o agente punitivo estiver presente. Assim a punição não é eficiente para a remoção de um comportamento, podendo gerar outros comportamentos indesejados tais como a agressividade. A utilização do reforço positivo é mais adequada quando se quer promover uma mudança prolongada e eficaz do repertório comportamental do indivíduo.

Frente a um estímulo aversivo, o indivíduo pode emitir comportamentos de fuga (evitação do estímulo na presença deste) ou de esquiva (evitação quando o estímulo aversivo ainda não está

presente). Outra situação aversiva é a frustração, que consiste na situação em que o estímulo reforçador é inacessível ao organismo por fatores de impedimento diversos, dentre eles o fator tempo (situações em que o indivíduo precisa esperar para receber o reforço), ou situações de conflito onde a opção por determinado tipo de reforço implica necessariamente na frustração de não obter o outro (Rangé, 1998a).

Apresentaram-se aqui alguns dos conceitos pertencentes à abordagem comportamental que auxiliam na compreensão das leis que regem o comportamento, base teórica para a prática clínica nesta abordagem.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DESENVOLVIMENTO E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

As bases teóricas das terapias cognitivo-comportamentais passaram a ser desenvolvidas no início do século XX com o surgimento do evolucionismo de Darwin e de uma crescente realização de estudos empíricos sobre o comportamento.

Na década de 70 houve um grande desenvolvimento e reconhecimento da terapia comportamental devido ao surgimento de técnicas novas especialmente no tratamento de fobias, obsessões e disfunções sexuais (Lima & Wielenska, 1993). De acordo com Hawton, Salkovskis, Kirk e Clark (1997), foi nesta época que Lang, Rachman e outros desenvolveram a idéia de que um problema psicológico poderia ser compreendido sob três enfoques diferentes (ou “três sistemas”) ligados entre si tais como os sistemas comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico. Esta idéia representou uma quebra com a visão unitária dos problemas psicológicos que até então existia.

Hammen e Glass (1975), citados por Hawton e cols. (1997), desenvolveram estudos com pacientes depressivos e perceberam que apesar de os pacientes realizarem com maior frequência atividades agradáveis (ao contrário do que se pensava a partir de trabalhos anteriores), era comum que avaliassem negativamente tais atividades e o seu desempenho em realizá-las. Estes fatos chamaram a atenção para influência dos fatores cognitivos na forma como um indivíduo reage aos fatores do meio e na constituição das psicopatologias, contribuindo assim para que muitos terapeutas comportamentais passassem a utilizar também conceitos e técnicas cognitivos na prática clínica.

A REVOLUÇÃO COGNITIVA NA PSICOLOGIA

Alguns autores influenciaram, de maneira mais definitiva, na consolidação da abertura da ciência do comportamento aos fatores cognitivos. Assim, Bandura (1979) foi um autor que desempenhou um papel fundamental. Este autor desenvolveu trabalhos a respeito da “aprendizagem observacional” onde um indivíduo aprende eficazmente a partir da observação de um comportamento emitido por outro e de sua realização posterior. Para o autor o modelo de auto-regulação (ou de auto-eficácia) está relacionado com este tipo de aprendizagem pois uma mudança voluntária de comportamento sempre será mediada pela percepção do sujeito a respeito de seu desempenho (capacidade de adquirir um dado comportamento).

Estudos posteriores a respeito do conceito de autocontrole (que seria constituído de três etapas auto-observação, auto-avaliação e auto-reforço) também tiveram seu papel para a realização de inúmeras pesquisas na quais foram definidos muitos construtos de natureza cognitivista. Outro autor importante neste processo foi Meichembaum (1977) que partindo de uma abordagem exclusivamente cognitiva desenvolveu a idéia de “treinamento instrucional” baseado na hipótese de que mudanças relativas a determinados comportamentos ocorrem através de alterações no tipo de instrução que um indivíduo dá a si mesmo, de forma a evitar pensamentos disfuncionais e buscar os adaptativos.

A Terapia Cognitiva de Beck é considerada, atualmente, como a principal abordagem cognitiva. Os trabalhos iniciais de Beck, como foi visto anteriormente, enfocaram a depressão. De acordo com a abordagem cognitiva de Beck, os pensamentos e avaliações negativos, comumente encontrados em pacientes com depressão não constituem um sintoma somente, mas são fatores que estão na própria manutenção desta psicopatologia. Em conseqüência desta visão, a depressão na Terapia Cognitiva, assim como os demais transtornos psiquiátricos, é tratada levando o paciente a identificar e alterar estes pensamentos disfuncionais (Biggs & Rush, 1999; Shaw & Segal, 1999; Bahls & Bahls, 2003).

A partir da influência destes autores, a pesquisa e a prática da abordagem comportamental passou a apresentar algumas mudanças, ao menos em parte. Referindo-se a esse fato Rangé (1998) comenta: (...) *a disseminação da chamada revolução cognitiva na pesquisa básica em psicologia, provocou também uma revolução cognitiva no behaviorismo*. Aos poucos modelos cognitivos como os de Ellis (1982), Bandura (1969, 1977, 1989) e Beck e colaboradores (1977, 1985, 1990, 1993) foram sendo introduzidos e progressivamente aceitos.

Desta forma, as terapias designadas de terapias cognitivo-comportamentais (TCC), denominam-se assim porquê constituem uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais. Atualmente dispõe-se de uma ampla gama de tratamento de diversos problemas psiquiátricos tais como transtornos de ansiedade, depressão, disfunções sexuais, distúrbios obsessivos-compulsivos e alimentares (Hawton e cols, 1997; Biggs & Rush, 1999). Na abordagem cognitivo-comportamental tem sido desenvolvidos muitos trabalhos de pesquisa a fim de se verificar experimentalmente a eficácia dos diversos tipos de tratamento.

Ao longo dos anos de pesquisa foram desenvolvidas e testadas diversas formas de tratamentos na TCC. As terapias utilizadas diferem umas das outras de acordo com o enfoque predominantemente cognitivo ou comportamental.

Apesar da diversidade destas terapias todas compartilham do mesmo pressuposto teórico, ou seja, que mudanças terapêuticas acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais de pensamento. Neste ponto de vista, o mundo é considerado como constituinte de uma série de eventos que podem ser classificados como neutros, positivos e negativos, no entanto a avaliação cognitiva que o sujeito faz destes acontecimentos é o que determina o tipo de resposta que será dada na forma de sentimentos e comportamentos. Desta forma, a TCC dá uma grande ênfase aos pensamentos do cliente e a forma como este interpreta o mundo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a

aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia é de uma cooperação entre o terapeuta e o paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto (Lima & Wielenska, 1993). Na Terapia Cognitivo-Comportamental procura-se definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo paciente .

O ponto de partida do tratamento é a fonte de sofrimento do cliente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito avaliar a si mesmo e ao mundo. Denominam-se “esquemas” a base para a avaliação das experiências. As estruturas cognitivas organizam-se em níveis nos quais os esquemas encontram-se no núcleo. Durante a terapia procura-se explorar cada um destes níveis de organização, partindo dos pensamentos automáticos até chegar ao sistema de crenças do sujeito. Então as crenças são testadas a partir de argumentos e propostas de exercícios que o paciente realizará durante a terapia e em demais contextos (Shinohara, 1997).

Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para tanto são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão .

CONCLUSÕES

Este artigo procurou trazer informações a respeito das terapias cognitivo-comportamentais e as bases nas quais se fundamenta a prática desta abordagem. Para tanto foi necessário trazer os conceitos das terapias Cognitiva e Comportamental. A partir desta revisão pôde-se observar que a TCC é uma abordagem eclética ao integrar conceitos e técnicas de duas abordagens diferentes tanto no que se refere aos pressupostos teóricos quanto na forma como se dá a prática psicoterápica. A Terapia Cognitiva é uma abordagem classificada como mentalista, no sentido de que vê os fatores cognitivos como os principais fatores envolvidos na etiologia dos transtornos psiquiátricos. Já a abordagem comportamental valoriza os fatores ambientais e a forma como se dá a interação de um organismo com o meio. Apesar das divergências iniciais entre estas abordagens acabou ocorrendo o que foi conhecido como a revolução cognitiva na psicologia, à qual muitos pesquisadores e psicoterapeutas acabaram aderindo.

Pesquisas na área e a própria prática da TCC vem mostrando que, apesar das diferenças, a integração destas duas abordagens vem apresentando resultados satisfatórios e demonstrando sua viabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAHLS, S. C. 1999. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação* 3, 49-60.
- _____. 2003. Uma revisão sobre a terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e na adolescência. *Psicologia Argumento* 21, 47-53.
- BAHLS, S. C. & BAHLS, F. R. C. 2003. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Estudos de Psicologia* 20, 25-34.
- BANDURA, A. 1979. *Modificação do Comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- BECK, A. T. 1963. Thinking and Depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- _____. 1964. Thinking and Depression II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry* 10, 561-571.
- BECK, A. T. & ALFORD, B. A. . 2000. *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas
- BECK, A. T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G. 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- BIGGS, M. M. & RUSH J. 1999. Cognitive and Behavioral Therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S. Janowsky (Ed.) *Psychotherapy, indications and outcomes* (p. 121-171). Washington: American Psychiatric Press.
- FREUD, S. 1917. Luto e melancolia. Em *Obras Psicológicas Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK J. & CLARCK D. M. 1997. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- LETTNER, H. W. 1998. Avaliação comportamental. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (p. 17-31). Campinas: Editorial Psy.
- LIMA, M. V. D. & WIELENSKA, R. C. 1993. Terapia comportamental-cognitiva. Em A. V. Cordioli (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 192-209). Porto Alegre: Artes Médicas
- LOTUFO NETO, F. 1993a. Terapia comportamental. Em A. V. Cordioli (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 181-191). Porto Alegre: Artes Médicas
- _____. 1993b. Psicoterapia do distúrbio do pânico. Em A. V. Cordioli (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 270-278). Porto Alegre: Artes Médicas
- MEICHEMBAUM, D. 1977. *Cognitive-behavior modification: na integrative approach*. New York: Plenum.
- RANGÉ, B. 1998a. Bases filosóficas, históricas e teóricas da psicoterapia comportamental e cognitiva. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (p. 13-25). Campinas: Editorial Psy.

- _____. 1998b. Transtorno de pânico e agorafobia. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (p. 67-103). Campinas: Editorial Psy.
- SHAW, B. F. & SEGAL, Z. V. 1999. Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.) *Psychotherapy, indications and outcomes* (p. 173-195). Washington: American Psychiatric Press.
- SHINOHARA, H. O. 1997. Conceituação da terapia cognitivo-comportamental. Em: R. A. Banaco (Org.) *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva, V. 3* (p. 1-5) São Paulo: Editora Arbytes.
- SKINNER, B. F 1953. *Science and human behavior*. New York: Macmillan.