

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NAS FASES INICIAIS DA PSICOSE: ESTADO DA ARTE

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN EARLY PSYCHOSIS: STATE OF THE ART

Pedro Câmara Pestana^{†1,2}, Ricardo Coentre^{1,2}, Alexandra Fonseca^{1,3}, & Samuel Pombo^{1,2}

¹Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal pedro.pestana@chln.min-saude.pt, ricardo.coentre@chln.min-saude.pt, maria.brandao@chln.min-saude.pt, samuel.pombo@chln.min-saude.pt

²Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ISAMB, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo: A psicoterapia cognitivo-comportamental, aplicada ao tratamento da psicose, é atualmente uma intervenção estabelecida e reconhecida por várias normas de orientação. A sua eficácia nas fases iniciais da psicose é ainda pouco conhecida. É objetivo deste manuscrito identificar as intervenções cognitivo-comportamentais existentes direcionadas especificamente para as fases iniciais da psicose e discutir a magnitude do seu efeito. Foram identificadas várias intervenções nas fases iniciais da psicose, nomeadamente intervenções individuais e intervenções de grupo, intervenções autónomas e intervenções inseridas em protocolos multidisciplinares, intervenções baseadas em abordagens mais convencionais e intervenções cognitivo-comportamentais de 3ª geração. Foram ainda identificadas intervenções generalistas e outras específicas para alguns domínios sintomáticos. Finalmente, foram também identificadas intervenções com recurso à utilização das novas tecnologias. A psicoterapia cognitivo-comportamental apresenta eficácia nas fases iniciais da psicose, seja na melhoria do controlo sintomático, seja na melhoria funcional destes doentes. No entanto, a magnitude e a duração do seu efeito permanecem ainda por esclarecer.

Palavras-Chave: Psicoterapia cognitivo-comportamental; Primeiro episódio psicótico; *Ultra-high-risk state*

Abstract: Cognitive-behavioral therapy, applied to the treatment of psychosis, is currently an established intervention recognized by several guidelines. However, its effectiveness in the early stages of psychosis is still poorly understood. This manuscript aims to identify existing cognitive-behavioral interventions specifically targeted at the early stages of psychosis and to discuss the magnitude of their effect. Several interventions were identified in the early stages of psychosis, namely individual interventions and group interventions, autonomous interventions and interventions within multidisciplinary protocols, interventions based on more conventional approaches and 3rd generation cognitive-behavioral interventions. General interventions and other specific interventions were also identified for some symptomatic domains. Finally, interventions were also identified using new technologies. Cognitive-behavioral psychotherapy is effective in the early stages of psychosis, either in improving symptomatic control or in the functional improvement of these patients. However, the magnitude and duration of its effect remain unclear.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; First episode psychosis; Ultra-high risk state

[†]Morada de Correspondência: Av. Prof. Egas Moniz MB, 1649-028 Lisboa, Portugal

Submetido: 01 de maio de 2022

Aceite: 20 de dezembro de 2022

A psicose é a doença que mais frequentemente se associa a pior prognóstico funcional em adultos em idade ativa (Fowler et al., 2019). Apesar do significativo avanço nas abordagens terapêuticas existentes, menos de 14% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia atingem uma recuperação mantida simultaneamente nos domínios sintomático e funcional (Jääskeläinen et al., 2013).

A psicoterapia cognitivo-comportamental, aplicada ao tratamento da psicose, é atualmente uma intervenção reconhecida por várias normas de orientação internacionais (Dixon et al., 2010). Os principais componentes da psicoterapia cognitivo-comportamental, para doentes com psicose, incluem o estabelecimento de relações entre os pensamentos, sentimentos e ações e o seus sintomas e funcionamento, bem como, a monitorização dos seus pensamentos, sentimentos e comportamento em relação aos sintomas (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). É objetivo da psicoterapia cognitivo-comportamental promover a criação de estratégias alternativas de *coping* para lidar com os sintomas psicóticos, a fim de se reduzir o sofrimento associado à doença (Tarrier et al., 2002).

Tem sido colocada em causa a extensão do efeito terapêutico da psicoterapia cognitivo-comportamental na psicose, sendo este fenómeno mais evidente nos estudos metodologicamente mais robustos e exigentes (Jauhar et al., 2019). Uma recente meta-análise da Cochrane concluiu não existir evidência clara da vantagem do uso da psicoterapia cognitivo-comportamental em detrimento de outras intervenções psicoterapêuticas, em doentes com psicose (Jones & Chen, 2018). É sabido, no entanto, que a maioria dos estudos incluem sobretudo doentes com seguimento longo e diagnóstico já estabelecido de esquizofrenia ou de outras doenças psicóticas (Jones & Chen, 2018). Este facto levou alguns autores (Sönmez et al., 2020) a questionarem se a psicoterapia cognitivo-comportamental não estará a ser administrada demasiado tarde neste grupo de doentes, numa fase onde a doença já deixou as suas consequências negativas, por vezes irreversíveis.

O efeito da psicoterapia cognitivo-comportamental nas fases iniciais da psicose foi ainda pouco investigado (O'Donoghue et al., 2019). No entanto, parece plausível que a psicoterapia cognitivo-comportamental se revele mais eficaz nas fases iniciais da psicose como acontece, por exemplo, nas fases iniciais da perturbação afetiva bipolar (Scott et al., 2006).

Um aspeto importante das fases iniciais da psicose diz respeito ao estado de “*ultra-high-risk*”, onde estão presentes sintomas psicóticos atenuados (Davies et al., 2018). Este estado está associado a um maior risco de aparecimento de um primeiro episódio psicótico, particularmente nos primeiros dois anos (Fusar-Poli et al., 2012). Tem sido defendido que é importante fornecer ajuda específica aos indivíduos nessa situação de maior vulnerabilidade de forma a reduzir o sofrimento associado aos sintomas psicóticos, a minorar as limitações ao seu funcionamento, e, se possível, prevenir a progressão para psicose (McGorry et al., 2003; Pozza & Dèttore, 2019). Adicionalmente, é postulado que a progressão para psicose pode ser parcialmente mediada por alguns mecanismos psicológicos, nomeadamente pela sensibilização comportamental e por défices na experiência de recompensa, justamente dois mecanismos que parecem ser modificados por intervenções cognitivo-comportamentais (Reininghaus et al., 2019). Reforçando a importância de intervenção em fases precoces, é sabido que em doentes com perturbações do espectro da esquizofrenia existe um declínio nos primeiros três anos após o início da doença que depois entra numa fase de estabilidade (Birchwood et al., 1998). Alguns autores consideram mesmo a existência de um período crítico, entre os dois a cinco primeiros anos da psicose, altura em que ocorre uma deterioração agressiva com estabilidade subsequente (Coentre et al., 2011). Esta é uma altura crucial para serem instituídas todas as intervenções terapêuticas de forma a garantir uma reabilitação funcional do doente. No entanto, permanece ainda por esclarecer qual a melhor combinação ou sequência de abordagens terapêuticas para estes doentes (Nelson et al., 2018). Independentemente desse facto, a intervenção nas fases mais precoces da psicose oferece-nos a possibilidade de atuar num período absolutamente decisivo no que

se refere à progressão e ao prognóstico da doença, permitindo, pelo menos potencialmente, reduzir a sua severidade futura (Birchwood et al., 1998; Kim et al., 2017).

A psicose é uma síndrome que pode ser dividida em vários domínios sintomáticos com impacto diferencial em cada indivíduo. Apesar da eficácia da terapêutica antipsicótica ao nível dos sintomas positivos, é sabido que a sua ação é apenas modesta no tratamento dos sintomas negativos, podendo inclusive, pelo menos de forma transitória, contribuir para o seu agravamento (Lutgens et al., 2017). Os sintomas negativos encontram-se já presentes em cerca de 25% dos doentes com primeiro episódio psicótico (Malla et al., 2002). É, portanto, interessante perceber se a psicoterapia cognitivo-comportamental conseguirá atuar neste domínio sintomático, considerado um dos maiores preditores de qualidade de vida e funcionalidade nestes doentes (Malla et al., 2002). Além dos sintomas negativos, os sintomas cognitivos parecem também estar presentes no primeiro episódio psicótico e persistirem mesmo após a remissão desse episódio, sendo também considerados importantes preditores do prognóstico funcional nestes doentes (Allott et al., 2016). É assim relevante avaliar também o impacto que estratégias psicológicas, que impliquem uma abordagem ao nível da cognição, podem ter na recuperação funcional desta população de doentes.

Finalmente, para além da melhoria dos diferentes domínios sintomáticos, é hoje um objetivo essencial do tratamento psicoterapêutico de doentes com perturbações psicóticas, particularmente nas fases iniciais, a promoção da “recuperação social” definida como a possibilidade de os doentes se envolverem de forma significativa em atividades no domínio ocupacional e interpessoal (Fowler et al., 2019).

É assim objetivo deste trabalho de revisão identificar as intervenções cognitivo-comportamentais existentes direcionadas especificamente para as fases iniciais da psicose e discutir a magnitude do seu efeito no controlo dos sintomas psicóticos e na progressão da psicose.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura publicada na PubMed/Medline relativamente à aplicação da psicoterapia cognitivo-comportamental nas fases iniciais da psicose. Foram utilizadas as palavras-chave em língua inglesa alternadas entre si: *cognitive behavioral therapy; first episode psychosis; ultra-high risk state*.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: artigos originais indexados publicados entre 2016 e 2021; artigos escritos em língua inglesa; artigos discriminando a aplicação de uma determinada intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental em doentes nas fases iniciais da psicose. Foi ainda decidido incluir estudos que se encontravam publicados em fase de protocolo ou em fase preliminar.

Os títulos e os resumos dos artigos obtidos na pesquisa foram analisados e aqueles que cumpriram os critérios de inclusão foram examinados na íntegra. A seleção dos artigos a considerar para esta revisão foi feita pelos autores em função da sua pertinência, atualidade e relevância para o tema. Dos 141 artigos identificados, 96 foram excluídos após análise de título e resumo. Os 46 artigos remanescentes foram alvo de uma análise integral. Destes, 13 foram incluídos nesta revisão.

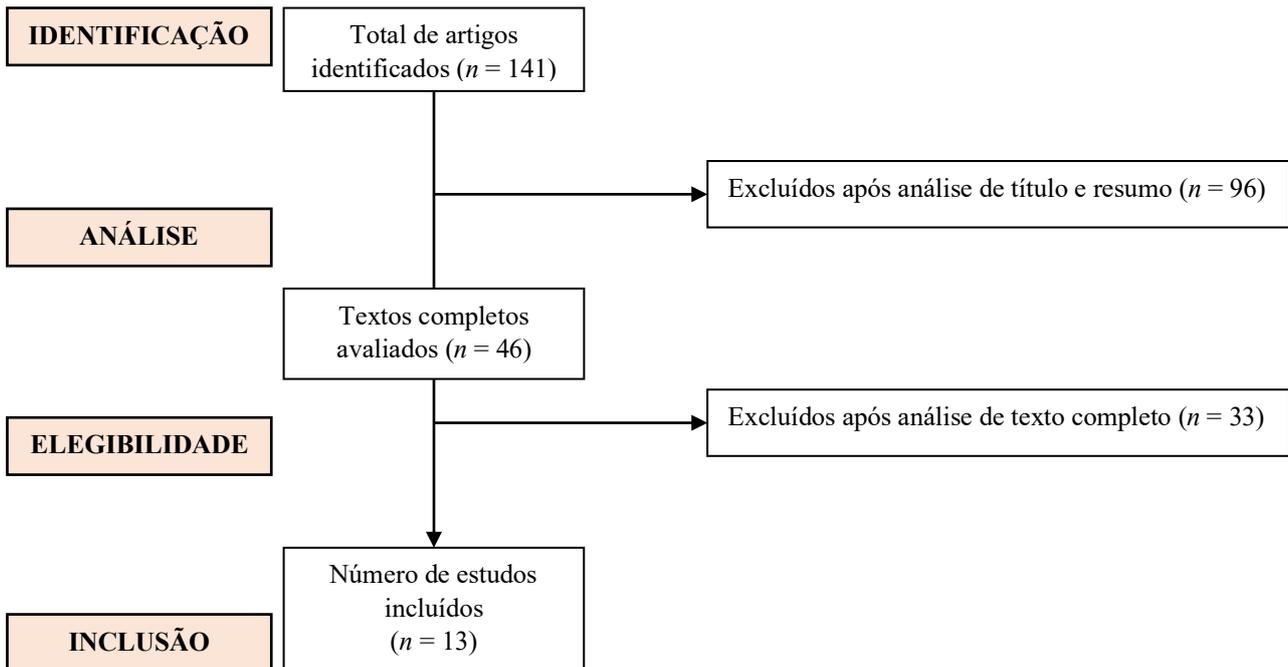


Figura 1. Flowchart de Pesquisa

RESULTADOS

As intervenções cognitivo-comportamentais para as fases iniciais da psicose identificadas podem ser organizadas de diferentes formas: intervenções individuais e intervenções de grupo, intervenções autónomas e outras inseridas em programas de intervenção multidisciplinares; intervenções que se baseiam em abordagens mais convencionais e outras que incluem estratégias cognitivo-comportamentais de 3ª geração; intervenções generalistas para a psicose e outras direcionadas especificamente a alguns domínios sintomáticos; intervenções presenciais e outras que recorrem à utilização das novas tecnologias. É comum a todas as formas de intervenção a importância atribuída ao estabelecimento e à avaliação contínua de uma aliança terapêutica estável, através de uma colaboração de escuta e validação.

A terapia cognitivo-comportamental nas fases iniciais da psicose compreende várias componentes, nomeadamente psicoeducação, enquadramento da sintomatologia de acordo com o modelo de stress-vulnerabilidade, estratégias cognitivas e estratégias comportamentais (Hartmann et al., 2017). São objetivos da terapia cognitivo-comportamental: fornecer informações sobre a doença e o tratamento; promover a adaptação à realidade clínica; promover a adesão ao tratamento; minorar fatores de risco como abuso de substâncias e perturbações afetivas comórbidas; ajustar expectativas e promover a definição de metas realistas para o futuro; desenvolver estratégia de gestão de stress; trabalhar eventuais dificuldades familiares relacionadas com o quadro clínico e suas consequências; e prevenir recaídas (McGorry & Jackson, 1999).

1. Tipos de Intervenções Psicoterapêuticas

1.1. Intervenções de orientação maioritariamente comportamental

a) Terapia de recuperação social

Trata-se de uma nova intervenção cognitivo comportamental destinada a jovens com perturbação psicótica e com problemas complexos associados a incapacidade social relevante. O seu foco de intervenção são os valores e as crenças do indivíduo, identificando problemas e barreiras, e promovendo a esperança numa mudança comportamental significativa. Esta intervenção enfatiza a componente comportamental, no sentido de se ultrapassar o evitamento e promover as alterações comportamentais significativas tendo em vista a recuperação social do indivíduo. As técnicas cognitivas são utilizadas no sentido de se promover a construção de crenças positivas sobre o indivíduo e os outros e não tanto com o objetivo de questionar ou desafiar as crenças negativas ou disfuncionais (Fowler et al., 2019).

1.2. Intervenções de orientação maioritariamente cognitiva

As componentes cognitivas da TCC para psicose têm como objetivo desenvolver estratégias para identificar e monitorar pensamentos e crenças específicas, avaliar a sua disfuncionalidade e promover a correção destes pensamentos e crenças com base em evidências externas objetivas e circunstanciais (Hagen, 2011).

a) Treino de adaptação cognitiva

O treino de adaptação cognitiva é uma intervenção individual comunitária reabilitativa psicossocial que incorpora o papel da cognição no funcionamento do dia-a-dia. Esta técnica tem já eficácia estabelecida na esquizofrenia crónica, estando associada a melhoria no funcionamento comunitário, motivação e qualidade de vida desses doentes (Allott et al., 2016).

b) Treino metacognitivo

A intervenção centra-se nos estilos de pensamento problemáticos (vieses cognitivos) que estão associados ao desenvolvimento e manutenção de sintomas positivos. O treino metacognitivo é utilizado em intervenções individuais e em grupo destinada à psicoeducação de doentes com perturbações psicóticas (Moritz & Woodward, 2007). Esta intervenção baseia-se em duas premissas, a primeira é que os vieses cognitivos são responsáveis pelos erros no processamento da informação e que, juntamente com emoções negativas e baixa autoestima, estão na génese dos sintomas psicóticos. A segunda premissa é que sofrimento associado aos sintomas psicóticos pode ser aliviado através da modificação do processamento da informação ao nível cognitivo, aumentando o insight dos doentes para os sintomas psicóticos, flexibilizando o seu processo cognitivo e a forma como interpretam a realidade (Pos et al., 2018).

1.3. Intervenções Psicoterapêuticas de 3ª Geração

Os pressupostos fundamentais da TCC de 3ª geração centram-se na mudança das funções da cognição e da emoção, além da sua forma per si; isto significa que visam a relação do sujeito com as

suas experiências, pretendendo reduzir o sofrimento através da mudança na função da experiência subjetiva, e não necessariamente da experiência em si.

Na intervenção em pacientes com sintomatologia psicótica, a TCC de 3ª geração contempla várias abordagens terapêuticas, que valorizam a aceitação, a atenção plena e as emoções, os valores, os objetivos e a metacognição (Hayes & Hofmann, 2017). As mais estudadas são a terapia baseada em *mindfulness*, a terapia de aceitação e compromisso e a terapia focada na compaixão.

As intervenções baseadas em *mindfulness*, também denominada atenção plena, têm sido implementadas como tratamentos únicos ou combinados com TCC (Chadwick et al, 2014). Nestas intervenções pretende-se que os pacientes consciencializem e aceitem as suas sensações e reações emocionais e cognitivas. Os protocolos especificamente desenhados para doentes com perturbações psicóticas têm algumas adaptações, como a redução da duração da prática de *mindfulness* para 10 minutos, a redução dos silêncios e a redução do número de elementos no grupo terapêutico (Perlini et al., 2020). Com estas adaptações pretende-se mitigar o risco associado à meditação em doentes psicóticos, onde a sua prática não orientada pode favorecer a emersão do doente em experiências psicóticas.

A terapia de aceitação e compromisso (Hayes et al., 1999) considera que o processo central causador de sofrimento é a ligação entre experiências de evitamento e cognição. O objetivo da intervenção é aumentar a flexibilidade psicológica. Pretende-se que os pacientes aprendam a desenvolver um equilíbrio entre ações guiadas por valores para resolver problemas atuais, e ações guiada por aceitação quando o controlo de pensamentos e sentimentos é limitado (de que é exemplo a presença de alucinações).

A terapia focada na compaixão (Gilbert & Procter, 2006) pretende desenvolver uma atitude mais compassiva do doente consigo próprio, diminuindo a autocritica e sentimentos de vergonha. Este treino inclui exercícios de apreciação, imaginação guiada e atenção plena.

1.4. Intervenções combinadas

a) Psicoterapia cognitivo comportamental e gestão de caso

Trata-se de uma modalidade de psicoterapia cognitivo-comportamental que é administrada no formato de gestão de caso (Nelson et al., 2018). Nesta intervenção existem módulos pré-definidos para abordagem de sintomas psicóticos positivos e negativos, comorbilidades, gestão de stress, prevenção de recaídas, estratégia de adaptação à doença, entre outros. Além de uma forte componente psicoeducativa, estes programas utilizam estratégias comportamentais e de reestruturação cognitiva. As diferentes componentes são administradas de forma a facilitar a sua aplicação a situações concretas e a aspetos práticos da vida do doente.

b) Psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo combinada

São considerados benefícios da CBT de grupo permitir normalizar a experiência do paciente, por constatação de experiências semelhantes nos outros elementos do grupo, e reduzir o isolamento social (Lecomte et al., 2018). Trata-se de uma intervenção de grupo estruturada que combina elementos de diferentes subtipos de intervenções cognitivo comportamentais, designadamente sessões de metacognição, reestruturação cognitiva e gestão de stress (Kim et al., 2017).

2. Intervenções psicoterapêuticas específicas para domínios sintomáticos

2.1. Intervenções destinadas aos sintomas negativos

Associados a baixos níveis de funcionamento, os sintomas negativos fortalecem crenças de incapacidade cognitiva e funcional, criando um ciclo de condicionamento. Identificar crenças disfuncionais, como autoestima, discriminação percebida e exclusão social, identificar as perdas resultantes da psicose e os estados emocionais, são elementos importantes da intervenção (Staring et al., 2013). A TCC visa reduzir a expectativa generalizada de fracasso e melhorar as habilidades cognitivas interpessoais, nomeadamente identificação e expressão de emoções, e o ajustamento comportamental (Grant et al., 2012). A psicoterapia cognitivo-comportamental revelou-se eficaz na melhoria dos sintomas negativos nas fases iniciais da psicose, destacando-se a ativação comportamental como estratégia particularmente útil (Lutgens et al., 2017). Foi igualmente revelado que a maior intensidade da intervenção pode estar associada a melhor *outcome*, não existindo diferenças entre o formato individual ou de grupo da intervenção.

2.2. Intervenções destinadas aos sintomas depressivos e ansiosos comórbidos

A elevada prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa comórbida nas fases iniciais da psicose (Van der Gaag et al., 2013) justifica intervenções cognitivo-comportamentais orientadas para estes sintomas (Sönmez et al., 2020; Heavens et al., 2019). O modelo cognitivo-comportamental da depressão e da ansiedade considera que os sintomas se desenvolvem por meio de fatores específicos de manutenção, como crenças disfuncionais, comportamentos de evitação e preocupação; a intervenção centra-se na reestruturação cognitiva, no treino comportamental e na terapia de exposição (Beck, 1979; Clark & Beck, 2011).

3. Intervenções psicoterapêuticas com recurso às novas tecnologias

Foi ainda identificada uma aplicação desenvolvida para *smartphone* especialmente destinada à abordagem cognitivo-comportamental de doentes em fases iniciais de psicose. Esta aplicação, entre outras características, permite a comunicação do doente com o seu gestor de caso em tempo real (Kim et al., 2018).

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma área ainda pouco investigada, existem já publicados alguns estudos relativos a intervenções psicoterapêuticas cognitivo-comportamentais nas fases iniciais da psicose. Em termos nacionais, a psicoterapia cognitivo-comportamental surge já integrada nos protocolos de cuidados de doentes com primeiro episódio psicótico de algumas equipas vocacionadas para o tratamento destes doentes (Coentre et al., 2019).

Em primeiro lugar, importa perceber quais as características dos doentes, nas fases iniciais da psicose, que podem estar associadas a maior ou menor benefício de uma intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental. Na literatura aqueles que parecem ter menos benefícios quando submetidos a uma intervenção psicossocial multidisciplinar são em geral aqueles com menor escolaridade, maior duração de psicose não tratada, pior funcionamento pré-mórbido na adolescência

e menor *insight* (Lasalvia et al., 2017). Por outro lado, a idade mais tardia de aparecimento do primeiro episódio psicótico (> 35 anos) parece estar associado a maior melhoria psicopatológica no contexto desta intervenção (Lasalvia et al., 2017). Admite-se, no entanto, que a sobre representação feminina, o menor número de doentes com diagnóstico de esquizofrenia ou o melhor ajustamento social pré-mórbido nesta faixa etária possa em parte explicar este achado (Lasalvia et al., 2017).

Em segundo lugar, é importante definir qual o melhor tempo para uma intervenção psicoterapêutica nestes doentes. Relativamente a esta questão, um achado interessante foi o facto de a psicoterapia cognitivo-comportamental se ter revelado segura e eficaz na redução do risco de desenvolvimento de psicose em doentes “*ultra-high risk state*” na ordem dos 50% aos 6, 12, 18 e 24 meses (Hutton & Taylor, 2014). Ainda nestes doentes, as intervenções psicossociais integradas têm sido igualmente associadas a efeitos positivos a este nível (Bechdolf et al., 2012). No entanto, no que se refere melhoria dos sintomas psicóticos positivos atenuados presentes nos doentes em “*ultra-high risk state*”, alguns autores referem que a evidência atual não é ainda robusta o suficiente de forma a permitir uma recomendação clara de uma estratégia de intervenção específica nesta população de doentes (Davies et al., 2018). É, portanto, natural que se procurem não só desenhar protocolos especificamente para doentes em “*ultra-high risk state*”, como também medir as intervenções terapêuticas individualmente e estudar as melhores sequências de tratamento nestes doentes (Nelson et al., 2018). Alguns estudos encontram-se atualmente em curso procurando avaliar o impacto da conjugação de abordagens farmacológicas, psicossociais e psicoterapêuticas nesta população de doentes que se encontram com risco aumentado de desenvolverem um quadro psicótico plenamente formado (Nelson et al., 2018). É também importante ressaltar que as intervenções psicoterapêuticas nesta população deverão ser naturalmente adaptadas às capacidades dos doentes ao longo do seu processo de recuperação (Nelson et al., 2018).

Em terceiro lugar importa perceber qual a eficácia das diferentes intervenções psicoterapêuticas nesta população de doentes. Neste aspeto, o treino metacognitivo, quando aplicado a uma população de doentes com o primeiro episódio psicótico, revelou-se capaz de atenuar a relação entre afeto negativo e ideação paranoide, parecendo, portanto, desempenhar um papel importante na aprendizagem emocional (Pos et al., 2018). Outro estudo, também recorrendo ao treino metacognitivo, revelou efeitos favoráveis na diminuição de vários vieses cognitivos (Ochoa et al., 2017). A intervenção psicoterapêutica de grupo com sessões de metacognição, reestruturação cognitiva e gestão de stress esteve também associada a melhoria do bem-estar subjetivo, à melhoria de atitudes em relação à terapêutica, à diminuição da suspeição e do stress percecionado numa população de doentes com primeiro episódio psicótico (Kim et al., 2017). Este efeito foi mais marcado no subgrupo de doentes com menor duração de psicose não tratada (< 4 meses) (Kim et al., 2017). Um aspeto interessante, no estudo das intervenções cognitivo-comportamentais de grupo em doentes em fases iniciais de psicose, foi o facto de parecer existir uma relação bidirecional entre a melhoria na autoestima e a melhoria dos sintomas durante essas intervenções (Lecomte et al., 2018). A coesão de grupo foi aliás identificada como um fator preditor de melhoria na autoestima e nos sintomas em geral (Lecomte et al., 2018). É assim particularmente importante nestas intervenções promover uma aliança terapêutica e coesão de grupo desde o início da intervenção. A modalidade grupal pode assim introduzir ganhos adicionais em termos de eficácia terapêutica e custo-efetividade quando comparada com intervenções individuais (Lutgens et al., 2017). A terapia de recuperação social, quando integrada na abordagem de um serviço de intervenção precoce na psicose, esteve associada também a ganhos sociais marcados e mantidos no tempo no subgrupo de doentes em fases iniciais da psicose do tipo não-afetivo (Fowler et al., 2019). Verificou-se neste subgrupo um ganho semanal de 8 horas de atividade estruturada e, após 15 meses de seguimento, 25% destes doentes havia ingressado em trabalho remunerado sem agravamento sintomático significativo (Fowler et al., 2019). O treino de adaptação cognitiva, até aqui aplicado com sucesso em populações de doentes com esquizofrenia

crónica, começou a ser aplicado a uma população de doentes com primeiro episódio psicótico, demonstrando-se como uma intervenção viável e com elevada aceitabilidade nestes doentes, aguardando-se ainda a publicação dos resultados terapêuticos desta intervenção (Allott et al., 2016). Finalmente, temos assistido ao aparecimento das estratégias cognitivo-comportamentais de 3ª geração. Até agora, a maioria dos resultados dos poucos estudos existentes sobre o impacto das abordagens *mindfulness* nas fases iniciais da psicose, apesar das várias discrepâncias em termos de desenho, duração, protocolos e *outcomes*, mostrou que estas abordagens são, em geral, viáveis e bem-toleradas por estes doentes (Perlini et al., 2020). Além disso, estas intervenções parecem reduzir os sintomas psicóticos, o *distress* a eles associado e ainda melhorar o funcionamento e a regulação emocional (Perlini et al., 2020). Entre as diferentes abordagens *mindfulness*, a terapia de aceitação e compromisso parece ser viável e aceite por doentes psicóticos (Reininghaus et al., 2019), nesse sentido está atualmente em curso um estudo clínico randomizado controlado multicêntrico que avaliará a eficácia desta intervenção numa população de doentes em “*ultra-high-risk state*” ou já com o primeiro episódio psicótico (Reininghaus et al., 2019).

Em quarto lugar, é importante saber também se é útil desenhar intervenções especificamente para determinados domínios sintomáticos da psicose ou se, pelo contrário, se deve apostar exclusivamente em intervenções de âmbito mais generalista. Curiosamente, verificou-se que, num estudo onde foi aplicada uma intervenção psicoterapêutica cognitivo-comportamental especificamente para abordar os sintomas depressivos e a baixa autoestima em doentes nas fases iniciais da psicose, esta estratégia esteve associada a melhoria significativa nos sintomas negativos e no funcionamento social (Sönmez et al., 2020).

Em quinto lugar, importa perceber como é que as novas tecnologias podem ser empregues de forma a facilitar o processo psicoterapêutico. Tendo os *smartphones* o potencial de permitir não só o fornecimento de intervenções psicossociais, mas também promover o apoio psicológico em tempo real, facilmente percebemos que a área da saúde mental tem neste recurso uma nova modalidade de intervenção importante. Os jovens com perturbações psiquiátricas, nos estádios iniciais das suas doenças, apresentam não só elevadas taxas de utilização de *smartphones*, como também elevado interesse na sua utilização para monitorizar a sua própria saúde mental (Kim et al., 2018). Assim, não foi de todo surpreendente que uma aplicação para *smartphone* destinada à abordagem cognitivo-comportamental de doentes em fases iniciais de psicose e à comunicação em tempo real com o gestor de caso se tenha revelado muito útil. Quando se testou essa aplicação verificou-se que mais de 80% dos jovens sentiu que foi fácil utilizar esta aplicação, manifestando-se também 80% destes jovens satisfeitos com aplicação. Quase 90% dos doentes conseguiu interagir com o seu gestor de caso através da app e cerca de 70% dos jovens reportaram ter conseguido receber ajuda psicológica como resultado da utilização da aplicação (Kim et al., 2018).

Finalmente, a maioria dos estudos de intervenções cognitivo-comportamentais na psicose são estudos em que se associa esta intervenção à utilização de terapêutica antipsicótica, permanecendo ainda por esclarecer a real magnitude do efeito isolado da intervenção cognitivo-comportamental nas fases iniciais da psicose (O’Donoghue et al., 2019). No entanto, a escassa literatura existente acerca da utilização isolada da psicoterapia cognitivo-comportamental parece revelar alguma eficácia, particularmente na atenuação da intensidade de sintomas positivos em alguns doentes com perturbações psicóticas (Morrison et al., 2014). No entanto, na população de doentes em fases iniciais da psicose encontra-se em curso um estudo que visa exatamente esclarecer de forma mais definitiva esta questão (O’Donoghue et al., 2019). Conhecermos a magnitude do efeito terapêutico isolado das intervenções nesta população de doentes é ainda particularmente relevante pelo facto de alguns dos doentes, nas fases iniciais da psicose, recusarem o tratamento antipsicótico, mas aceitarem outras estratégias de intervenção psicossociais.

A psicoterapia cognitivo-comportamental é uma estratégia bem estudada com impacto reconhecido nas perturbações psicóticas. O seu impacto nas fases iniciais da psicose parece promissor, seja na melhoria do controlo sintomático seja na melhoria funcional destes doentes. No entanto, a magnitude e a duração desse impacto permanecem ainda por esclarecer de forma clara, sendo para este efeito necessários mais estudos metodologicamente mais robustos e com períodos de seguimento mais duradouros.

ORCID

Pedro Pestana  <https://orcid.org/0000-0003-3166-6481>

Ricardo Coentre  <https://orcid.org/0000-0002-2939-9436>

Alexandra Fonseca  <https://orcid.org/0000-0001-8499-1128>

Samuel Pombo  <https://orcid.org/0000-0001-5685-5428>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Pedro Pestana: Conceção do trabalho, Análise e interpretação dos dados e Redação do manuscrito.

Ricardo Coentre: Revisão crítica do manuscrito, Aprovação final.

Alexandra Fonseca: Revisão crítica do manuscrito, Aprovação final.

Samuel Pombo: Revisão crítica do manuscrito, Aprovação final.

REFERÊNCIAS

- Allott, K. A., Killackey, E., Sun, P., Brewer, W. J., & Velligan, D. I. (2016). Feasibility and acceptability of cognitive adaptation training for first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 10*(6), 476–484. <https://doi.org/10.1111/eip.12207>
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., Brockhaus-Dumke, A., Berning, J., Janssen, B., Decker, P., Bottlender, R., Maurer, K., Möller, H.-J., Gaebel, W., Häfner, H., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 200*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066357>
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry. Supplement, 172*(33), 53–59.
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2011). Early intervention in psychosis: first-episode psychosis and critical period. *Acta Médica Portuguesa, 24*(1), 117–126.
- Coentre, R., Mendes, T., Rebelo, A., Fonseca, A., & Levy, P. (2019). PROFIP: A Portuguese early intervention programme for first-episode psychosis in Lisbon. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(6), 1525–1529. <https://doi.org/10.1111/eip.12852>
- Davies, C., Radua, J., Cipriani, A., Stahl, D., Provenzani, U., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2018). Efficacy and acceptability of interventions for attenuated positive psychotic symptoms in individuals at clinical high risk of psychosis: A network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 187. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00187>

- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 48–70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>
- Fowler, D., Hodgekins, J., & French, P. (2019). Social recovery therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: Current evidence and longer term outcomes. *Schizophrenia Research*, *203*, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.006>
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., & McGuire, P. (2012). Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, *69*(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
- Hutton, P., & Taylor, P. J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*(3), 449–468. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000354>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jauhar, S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2019). CBT for schizophrenia: A critical viewpoint. *Psychological Medicine*, *49*(8), 1233–1236. <https://doi.org/10.1017/S0033291718004166>
- Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, *11*(11), CD008712. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
- Kim, S.-W., Jang, J.-E., Lee, J.-Y., Lee, G.-Y., Yu, H.-Y., Park, C., Kang, H.-J., Kim, J.-M., & Yoon, J.-S. (2017). Effects of group cognitive-behavioral therapy in young patients in the early stage of psychosis. *Psychiatry Investigation*, *14*(5), 609–617. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.609>
- Kim, S.-W., Lee, G.-Y., Yu, H.-Y., Jung, E.-I., Lee, J.-Y., Kim, S.-Y., Kim, J.-M., Shin, I.-S., & Yoon, J.-S. (2018). Development and feasibility of smartphone application for cognitive-behavioural case management of individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *12*(6), 1087–1093. <https://doi.org/10.1111/eip.12418>
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Lenzi, J., Rucci, P., Iozzino, L., Cellini, M., Comacchio, C., Cristofalo, D., D'Agostino, A., de Girolamo, G., De Santi, K., Ghigi, D., Leuci, E., Miceli, M., Meneghelli, A., Pileggi, F., Scarone, S., Santonastaso, P., Torresani, S., Tosato, S., ... GET UP Group (2017). Predictors and moderators of treatment outcome in patients receiving multi-element psychosocial intervention for early psychosis: results from the GET UP pragmatic cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *210*(5), 342–349. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.190058>
- Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2018). Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychology and Psychotherapy*, *91*(1), 15–26. <https://doi.org/10.1111/papt.12139>
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *210*(5), 324–332. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103>
- Malla, A. K., Takhar, J. J., Norman, R. M. G., Manchanda, R., Cortese, L., Haricharan, R., Verdi, M., & Ahmed, R. (2002). Negative symptoms in first episode non-affective psychosis. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 431–439. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02139.x>
- McGorry, P. D., Yung, A. R., & Phillips, L. J. (2003). The “close-in” or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771–790. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007046>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619–625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395–1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. *Clinical Guideline 178*. <http://guidance.nice.org.uk/CG178>
- Nelson, B., Amminger, G. P., Yuen, H. P., Wallis, N., J Kerr, M., Dixon, L., Carter, C., Loewy, R., Niendam, T. A., Shumway, M., Morris, S., Blasioli, J., & McGorry, P. D. (2018). Staged Treatment in Early Psychosis: A sequential multiple assignment randomised trial of interventions for ultra high risk of psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 292–306. <https://doi.org/10.1111/eip.12459>
- O’Donoghue, B., Francey, S. M., Nelson, B., Ratheesh, A., Allott, K., Graham, J., Baldwin, L., Alvarez-Jimenez, M., Thompson, A., Fornito, A., Polari, A., Berk, M., Macneil, C., Crisp, K., Pantelis, C., Yuen, H. P., Harrigan, S., & McGorry, P. (2019). Staged treatment and acceptability guidelines in early psychosis study (STAGES): A randomized placebo controlled trial of intensive psychosocial treatment plus or minus antipsychotic medication for first-episode psychosis with low-risk of self-harm or ag. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 953–960. <https://doi.org/10.1111/eip.12716>
- Ochoa, S., López-Carrilero, R., Barrigón, M. L., Pousa, E., Barajas, A., Lorente-Rovira, E., González-Higueras, F., Grasa, E., Ruiz-Delgado, I., Cid, J., Birulés, I., Esteban-Pinos, I., Casañas, R., Luengo, A., Torres-Hernández, P., Corripio, I., Montes-Gámez, M., Beltran, M., De Apraiz, A., ... Moritz, S. (2017). Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis. *Psychological Medicine*, 47(9), 1573–1584. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003421>
- Perlini, C., Bellani, M., Rossetti, M. G., Rossin, G., Zovetti, N., Rossi, A., Bressi, C., Piccolo, L. D., & Brambilla, P. (2020). Mindfulness-based interventions in the early phase of affective and non-affective psychoses: Special Section on “Translational and Neuroscience Studies in Affective Disorders” Section Editor, Maria Nobile MD, PhD. *Journal of Affective Disorders*, 263, 747–753. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.011>
- Pos, K., Meijer, C. J., Verkerk, O., Ackema, O., Krabbendam, L., & de Haan, L. (2018). Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: An experience sampling study testing treatment effects. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(1), 57–64. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0833-7>
- Reininghaus, U., Klippel, A., Steinhart, H., Vaessen, T., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Batink, T., Kasanova, Z., van Aubel, E., van Winkel, R., Marcelis, M., van Amelsvoort, T., van der Gaag, M., de Haan, L., & Myin-Germeys, I. (2019). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL) in early psychosis: Study protocol for a multi-centre randomized

- controlled trial. *Trials*, 20(1), 769. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3912-4>
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 188, 313–320. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.313>
- Sönmez, N., Romm, K. L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen, L. H., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., & Rössberg, J. I. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152157>
- Tarrier, N., Haddock, G., Barrowclough, C., & Wykes, T. (2002). Are all psychological treatments for psychosis equal? The need for CBT in the treatment of psychosis and not for psychodynamic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 75(Pt 4), 365–369. <https://doi.org/10.1348/147608302321151871>