

A PSICOTERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA INSÔNIA: UM OLHAR PARA ALÉM DE MODELOS E TÉCNICAS

COGNITIVE AND BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF INSOMNIA: LOOKING BEYOND MODELS AND TECHNIQUES

Resumo

A terapia cognitiva e comportamental é recomendada como tratamento de primeira linha no transtorno de insônia. Apesar de diversos estudos demonstrarem a eficácia da terapia no tratamento da insônia, há um número significativo de pacientes que não se beneficia do tratamento. Fatores relacionados a não resposta merecem ser investigados. O presente artigo analisa alguns dos potenciais fatores que possam contribuir para falha do tratamento da insônia através da abordagem cognitiva e comportamental. Na avaliação desses fatores, diferentes aspectos podem ser apreciados para a compreensão dos mecanismos relacionados à resposta ao tratamento. Entre os componentes envolvidos no processo terapêutico, são ressaltados tópicos que incluem informações a respeito do que está sendo tratado, quem está sendo tratado, como a resposta é avaliada, qual a intervenção que está sendo realizada e quem é o terapeuta. Por meio da avaliação desses componentes, busca-se um olhar da terapia cognitiva e comportamental para além de técnicas; é proposto um pensar de como ampliar os benefícios da abordagem a partir dos resultados não obtidos e/ou descritos até o momento.

Palavras-chave: Psicoterapia, terapia cognitiva e comportamental, insônia.

Abstract

Cognitive and behavioral therapy is recommended as first-line treatment for insomnia disorder. Even though several studies have shown the effectiveness of cognitive and behavioral therapy in the treatment of insomnia, there is a significant number of patients who do not benefit from this therapy. Factors related to non-response should be investigated. The present article analyzes some of the potential factors that may contribute to failure in insomnia treatment through the cognitive and behavioral approach. In the assessment of these factors, different aspects may be assessed for a better understanding of the mechanisms involved in treatment response. Among the components involved in the therapeutic process, some topics stand out, including information regarding what is being treated, who is being treated, how the response is being assessed, what type of treatment is being carried out, and who provides the therapy. Through the assessment of these components, we try to look beyond cognitive and behavioral therapy techniques; rather, we try to think of ways to broaden the benefits of the approach based on the results obtained and/or so far described.

Keywords: Psychotherapy, behavioral and cognitive therapy, insomnia.

INTRODUÇÃO

A insônia crônica tem significativo impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar psicológico¹; ela pode tanto predispor como agravar outros transtornos clínicos ou psiquiátricos. Diferentes modelos teóricos relacionados à insônia têm sido propostos na tentativa de compreender os mecanismos psicológicos a ela associados². Tais modelos também contribuem para o desenvolvimento de diferentes abordagens utilizadas na psicoterapia cognitiva e comportamental (TCC) para o tratamento da insônia, como a terapia de controle de estímulos, a terapia de restrição de sono e a terapia cognitiva.

A abordagem não farmacológica através da TCC é recomendada como tratamento de primeira linha no transtorno de insônia^{3,4}. Apesar de diversos estudos demonstrarem a eficácia da TCC no tratamento da insônia⁵⁻⁸ – cerca de 70 a 80% dos pacientes se beneficiam da abordagem não farmacológica –, há uma variabilidade na magnitude da resposta ao tratamento. Tais dados estão presentes nos estudos que avaliam eficácia do tratamento, porém não são ressaltados – o que é compreensível, pois a TCC é efetiva no tratamento da insônia com ou sem comorbidade⁵⁻⁸. Assim, fatores relacionados a essa menor porcentagem de indivíduos que não se beneficiam do tratamento tendem a receber menor espaço para discussão. Outras pesquisas têm avaliado a manutenção de resposta ao tratamento em estudos de seguimento, confirmando os benefícios da abordagem^{3,5-8}.

Apesar da notória informação de efetividade da abordagem cognitivo-comportamental multicomponente (TCC-I) no tratamento da insônia⁵⁻⁹, o presente artigo é destinado a aventar alguns dos potenciais fatores que possam contribuir para a não resposta ao tratamento. Desta forma, esperamos estimular no leitor ponderações e pensares, tanto na prática acadêmica como na clínica, sobre maneiras de alcançar respostas ainda mais favoráveis com a TCC.

AValiação DO TRATAMENTO: COMPONENTES

Na avaliação dos fatores relacionados à resposta ao tratamento, diferentes aspectos podem ser apreciados. Entre os diversos componentes relacionados ao processo terapêutico, serão ressaltados a seguir alguns dos que

incluem informações a respeito do que está sendo tratado, quem está sendo tratado, como a resposta é avaliada, qual o tratamento que está sendo realizado e quem é o terapeuta.

Componente: o que está sendo tratado

É senso comum que o apropriado diagnóstico de insônia, tal como de outras doenças clínicas e psiquiátricas, é importante para um adequado manejo terapêutico da alteração de sono. Também merece destaque o conhecimento de tratamentos anteriormente realizados e a resposta aos mesmos; em suma, conhecer a história atual e prévia do indivíduo. Aspectos referentes a características do paciente serão ampliadas no próximo tópico. Aqui, o componente inicial a ser considerado para obter resultado no tratamento é saber o que deve ser tratado.

Diversas pesquisas e revisões têm ressaltado a indicação de TCC-I no tratamento de insônia³⁻⁹. Estudos de metanálise demonstram que a TCC-I melhora parâmetros do sono e a qualidade de sono no pós-tratamento e no seguimento, tanto em adultos como em idosos⁸. Também foi investigada e demonstrada eficácia da TCC-I em casos de insônia comórbida. Uma metanálise avaliando TCC para tratamento de insônia comórbida com condições clínicas e psiquiátricas (37 ensaios clínicos randomizados, incluindo 2.189 pacientes)⁹ identificou que a TCC-I apresentou efeito positivo em reduzir os sintomas de insônia e os distúrbios do sono. Em avaliação pós-tratamento, 36% dos pacientes que receberam TCC-I estavam em remissão da insônia, comparados com aproximadamente 17% dos indivíduos dos grupos controle ou com condição comparável. A TCC-I pôde atingir sintomas associados à condição comórbida, com maior efeito nas condições psiquiátricas⁹. O estudo reafirmou a recomendação do uso de TCC-I como tratamento de escolha em insônia.

No que se refere às condições comórbidas, também merece destaque o estudo de van de Laar et al.¹⁰, no qual foi observado que a ocorrência de comorbidade psiquiátrica foi fortemente preditiva de pior resposta ao tratamento com TCC-I. O estudo consistiu de uma série longitudinal de casos (não controlado), incluindo 60 indivíduos com diagnóstico de insônia psicofisiológica que foram encaminhados para tratamento com TCC-I. A



Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

remissão foi quantificada utilizando escala de gravidade de insônia. Dados referentes a personalidade, *coping* e suporte social foram obtidos. Foi identificada menor taxa de remissão entre os insones com comorbidade psiquiátrica, sendo sugerido pelos autores que os efeitos da TCC-I em pacientes com comorbidade psiquiátrica podem ser limitados, ou seja, a comorbidade psiquiátrica seria um fator perpetuador da insônia. Logo, tem-se aí um aspecto a considerar ao avaliar taxas de resposta. Ainda, em um estudo que visava identificar o risco para interrupção da TCC em grupo para insônia, foi descrito um maior risco para a interrupção do tratamento quando os pacientes apresentavam mais sintomas depressivos. Além da informação sobre os sintomas depressivos, foi demonstrado que os pacientes com menor tempo total de sono no início do tratamento também apresentavam interrupção precoce do acompanhamento¹¹.

Reafirmando a relevância de se conhecer o quadro a ser tratado e a forma de manifestação do incômodo, o padrão de queixas relacionadas a insônia deve ser avaliado. A disposição cognitiva pré-tratamento pode prever resultado da TCC-I. Foi descrito que insones que apresentavam, previamente à TCC, pronunciado nível de crenças disfuncionais em relação ao sono¹² ou rigidez cognitiva relacionada ao sono¹³ tiveram maior resposta à abordagem cognitiva comportamental em relação aos indivíduos com menores níveis dessas crenças, sendo a melhora percebida em medidas objetivas e subjetivas do sono^{12,13}. Tal resultado não surpreende, pois a TCC visa modificar tais crenças¹⁴. Entretanto, outro estudo não identificou o nível de crenças disfuncionais relacionadas ao sono pré-tratamento como sendo preditor do nível de resposta¹⁵. Tais diferenças podem decorrer de variações metodológicas nas pesquisas, mas também permitem questionar, numa observação mais detalhada do estudo, quais crenças disfuncionais estavam alteradas e a forma de intervenção aplicada. Em suma, a presença de crenças disfuncionais e suas características devem poder ser analisadas para uma adequada escolha da abordagem terapêutica a ser implementada; no entanto, deve-se considerar também outros aspectos a tratar.

Além da atenção às características das queixas de insônia e suas formas de manifestação e do diagnóstico clínico e psiquiátrico, outro fator a ser considerado são os hábitos dos indivíduos. Tal tópico é conhecido pelos

que fazem recomendações quanto à higiene do sono, mas muitas vezes é pouco valorizado e individualizado. Os hábitos e a rotina do indivíduo, assim como o ambiente em que reside e trabalha, além de padrões de relacionamento, podem ser fatores perpetuadores da insônia que merecem ser tratados – e, para tanto, identificados.

Componente: quem está sendo tratado

No item anterior, foi comentada a relevância do adequado diagnóstico – cujo valor não resta dúvida. Aqui é destacada a também fundamental percepção exata de quem é o indivíduo que tem esse diagnóstico. Tal olhar envolve o conhecimento das características do indivíduo, sua forma de perceber a si mesmo, aos outros e ao mundo, assim como as relações que estabelece.

As características de personalidade, em sua interface com as psicoterapias e a adesão ao tratamento, vêm recebendo atenção há anos¹⁶, no entanto ainda permanecem dúvidas sobre o modo como as características de personalidade interagem com a insônia e preveem resposta ao tratamento. Essas informações merecem ser apreciadas ao se instituir o tratamento, e há necessidade de se ampliar os estudos dessa interconexão.

Ressalta-se que características e preferências do indivíduo devem poder ser consideradas na escolha da abordagem terapêutica e no cálculo das expectativas de resposta. Um exemplo, na esfera biológica, é conhecer o cronótipo do paciente¹⁷. Além disso, ainda quanto a aspectos biológicos, deve-se lembrar que achados no traçado do eletroencefalograma (EEG) e na polissonografia também têm sido associados a resposta à TCC-I, sendo demonstrado em estudos o aumento da eficiência do sono e da duração da atividade de ondas lentas¹⁸.

É sugerido que a TCC-I propicia uma melhora na regulação do processo homeostático do sono^{18,19}. Uma pesquisa, apesar de limitada por amostra pequena, avaliou por análise espectral características relacionadas ao pico do poder delta no primeiro ciclo de sono NREM (*non-rapid eye movement*) em período anterior ao tratamento e sua relação com posterior resposta ao tratamento¹⁹. Nesse ponto, é trazido à tona que achados eletrofisiológicos do indivíduo também podem estar

envolvidos como marcadores de resposta ao tratamento – dado que merece ser investigado e ampliado em futuras pesquisas. Está além do escopo deste texto revisar as variadas características biológicas²⁰ que podem interferir na resposta ao tratamento, sobretudo pela grande extensão do tema, que abrange aspectos de biologia molecular, neuroimagem, bioquímica e eletrofisiologia. No entanto, são aspectos que convém considerar na análise dos resultados e no planejamento de pesquisas.

Por fim, vale considerar, neste item, no qual são ajuizadas características do sujeito a ser tratado, outra característica biológica: a idade do paciente. Tal como exposto no item anterior, a intervenção TCC-I é recomendada tanto para adultos como para idosos⁸. Merece, então, ser comentado o estudo de Troxel et al.²¹, no qual foram avaliados preditores de resposta ao tratamento comportamental breve para insônia em idosos, tendo-se examinado características demográficas, clínicas e de sono. Os insones que, na primeira avaliação (prévia ao tratamento), apresentavam prolongada latência para início do sono eram mais propensos a melhor resposta ao tratamento comportamental breve.

Assim, identificar as características do indivíduo e das suas queixas pode facilitar um tratamento personalizado e, desta forma, contribuir para uma melhor resposta ao tratamento.

Componente: como a resposta é avaliada

A resposta ao tratamento da insônia pode ser quantificada através de escalas, questionários, diários do sono, polissonografia e actigrafia. No uso desses instrumentos de aferição ou na interpretação de resultados de pesquisa, devem ser consideradas as características e as propriedades psicométricas de cada ferramenta de avaliação.

Os dados do estudo realizado por Vincent et al.²², com 70 indivíduos com insônia que completaram TCC em grupo por 6 semanas, demonstraram que medidas como qualidade de sono e duração de sono foram sensíveis, no sentido de bem predizer resposta percebida (casos positivos). Já a medida de eficiência do sono apresentou boa especificidade, bem predizendo falta de melhora percebida (casos negativos). No mesmo estudo, os resultados mostraram comprometimento

diurno como preditor sensível de melhora percebida e humor como preditor específico da falta de resposta percebida. O estudo foi realizado utilizando as seguintes escalas e instrumentos: Pittsburgh Sleep Quality Index, Dysfunctional Beliefs about Sleep Scale, Insomnia Severity Index, Beck Depression Inventory, Penn State Worry Questionnaire e Clinical Global Improvement Scale. Segundo os autores, a avaliação da qualidade, da duração e da eficiência do sono podem disponibilizar diferentes tipos de informação; e a escolha do melhor método para avaliar a resposta pode variar e depender da necessidade e do interesse do pesquisador ou terapeuta²². Ainda a considerar: os instrumentos utilizados nessa pesquisa permitiram tal resultado, porém cabe ressaltar que diferentes escalas e exames podem ser empregados. Atenção, então, deve ser dada às características e às propriedades das diversas ferramentas de avaliação disponíveis.

Além do tipo de instrumento a ser utilizado para mensurar os sintomas, deve-se analisar quem preencherá o questionário ou a escala, ou seja, como é a percepção de quem responde. A percepção de resposta pode ser potencialmente diferente em decorrência de comorbidade, por exemplo. Ainda, a forma como o indivíduo percebe seu sono e seu adormecer é fator a ser considerado, pois irá repercutir na resposta dada a questionários e escalas. Assim, indivíduos com má percepção do sono, apesar de apresentarem maior tempo de sono e menor latência para iniciar a dormir decorrentes de intervenção terapêutica, poderão permanecer sem identificar a melhora e assim manter a queixa de insônia.

Componente: características do tratamento

A abordagem multicomponente identificada como TCC-I permite acessar alvos específicos relacionados à insônia e tem sido amplamente recomendada e utilizada para o tratamento dessa condição^{20,23}. A TCC-I engloba diferentes estratégias, tais como terapia de controle de estímulos, restrição de sono, higiene do sono e terapia cognitiva, as quais visam melhorar a insônia e manter a resposta.

Abordagens como terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono e higiene do sono são amplamente recomendadas na prática clínica e



Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

estudadas, tendo sido estabelecido que o tratamento baseado em intervenção comportamental breve para insônia é efetivo. No entanto, as taxas de adesão a essas intervenções são muito variadas, e por vezes as orientações são seguidas apenas parcialmente. Entre os fatores que potencialmente interferem nas diferentes taxas de adesão ao tratamento estão incluídos os componentes do tratamento, a duração das pesquisas (ou do acompanhamento), formas e momento de avaliação. Muitos dos estudos avaliam o padrão e a intensidade da queixa, assim como a adesão, apenas no início e no final do tratamento.

Ruiter Petrov et al.²⁴ investigaram diferentes fatores atribuídos como preditores de baixa adesão, sendo solicitado pelos pesquisadores que, após a sessão de tratamento comportamental para insônia (composto por terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono e higiene do sono), os participantes respondessem a formulários *on-line* por 2 semanas. Os autores identificaram que pior qualidade de sono, menor eficiência de sono e maior tempo total de sono foram associados a pior adesão à terapia de controle de estímulos e à terapia de restrição de sono na noite seguinte²⁴. Um fator aventado foi que o indivíduo que apresentou maior tempo de sono em uma noite pode sentir-se menos motivado a seguir as orientações na noite seguinte. Nesse estudo também foi demonstrado que o consumo de álcool esteve associado a maior chance de pior adesão à terapia de restrição de sono e à higiene do sono na noite seguinte. Tal achado reafirma o acima exposto referente à relevância de se conhecer e abordar os hábitos do indivíduo, assim como suas comorbidades.

Logo, a correta indicação da técnica para o que está sendo tratado e para a pessoa que está sendo tratada é relevante para a obtenção de melhor resultado.

Componente: quem está tratando

Comentários a respeito tanto do terapeuta, sua formação e prática quanto do *setting* terapêutico são necessários em um texto que aborda a psicoterapia cognitiva e devem ser debatidos e reconhecidos. Conforme Machado²⁵, “o *setting* terapêutico cognitivista é espaço em que cliente e terapeuta abordam, refletem, avaliam e reavaliam as experiências vivenciadas

como conflitivas, buscando no reconhecimento das vulnerabilidades e das potências um acesso mais eficaz aos recursos do *self*”. Logo, o componente que considera quem está tratando e o *setting* terapêutico não pode ser desconsiderado na avaliação da resposta terapêutica.

Referente à TCC-I (amplamente estudada e replicada), no que tange ao papel do terapeuta, além do já exposto, serão ressaltados ainda dois outros pontos para reflexão: a condução da TCC por profissionais de diferentes áreas de formação e a abordagem presencial *versus* virtual.

No que se refere à formação do profissional e à condução da TCC, o estudo randomizado desenvolvido por Espie et al.²⁶ relatou que enfermeiras treinadas e supervisionadas poderiam efetivamente conduzir a abordagem; no entanto, os autores observaram que o tamanho de efeito do tratamento foi inferior ao obtido nos estudos de eficácia. Outra pesquisa²⁷, cujo grupo de TCC para tratamento de insônia também foi conduzido por enfermeiras treinadas, identificou que 62% dos participantes tiveram moderada melhora após a TCC-I no Índice de Gravidade de Insônia. Entretanto, os autores da pesquisa ressaltaram que os resultados precisariam ser interpretados com cautela, pois a insônia era de gravidade leve e o estudo não era randomizado. A condução de TCC por profissionais não psicoterapeutas é sugerida por alguns pesquisadores, entre outros fatores, por propiciar maior alcance da TCC aos diferentes níveis de atendimento de saúde (por exemplo, na atenção primária).

Outra possibilidade é a condução do tratamento via internet^{28,29}. Estudos têm demonstrado que essa abordagem via internet é efetiva^{28,29}. Dessa forma de acesso à intervenção terapêutica partem potenciais pontos para discussão, desde o que caracteriza o terapeuta e a relação terapêutica nesse formato de atendimento até particularidades da abordagem e consequente efeito na verificação de taxas de interrupção de tratamento, acesso facilitado às informações, custo e potenciais diferentes formas de lembrete para continuidade de uso das técnicas comportamentais.

Como se pode ver, o tópico relacionado a quem conduz o tratamento é amplo tanto no que se refere ao profissional e sua formação quanto à via pela qual o tratamento é realizado. Logo, ponderar vantagens e desvantagens é campo para futuras pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indivíduo com insônia merece tratamento adequado. O profissional da área da saúde deve estar atento à ocorrência de insônia para poder fazer o diagnóstico, seja como manifestação isolada, seja comórbida. Ressalta-se que o enfoque deste texto esteve na abordagem multicomponente identificada como TCC-I, mas outros modelos teóricos e tecnologias das terapias cognitivas devem ser consideradas como forma de ampliar as ferramentas a serem disponibilizadas pelo psicoterapeuta no manejo das queixas e transtornos dos seus pacientes. De fato, diferentes são os modelos e tecnologias das psicoterapias cognitivas²⁵ que podem contribuir para o tratamento dos diferentes transtornos³⁰. Como destacado previamente, além do conhecimento do diagnóstico de insônia e das técnicas psicoterápicas, devem ser considerados variados fatores que podem interferir na resposta identificada ao tratamento, como a ocorrência de comorbidades, os hábitos e características do indivíduo, assim como seu temperamento e percepções. A motivação para o tratamento e sua adesão são fatores que devem ser reforçados. Os fatores potencialmente envolvidos na resposta à intervenção terapêutica devem ser conhecidos pelos profissionais da área da saúde. Cuidadoso monitoramento do sono do paciente e sua adesão ao tratamento desde o início podem ser cruciais para uma posterior melhor resposta ao tratamento²⁴.

O olhar atento do terapeuta às particularidades e percepções do indivíduo que ali está como paciente pode ser um diferencial na abordagem fundamentada na terapia cognitiva e seus modelos teóricos. Os limites da abordagem terapêutica, as variações nas respostas dos indivíduos, assim como a adesão ao tratamento compõem um campo desafiador aos psicoterapeutas e pesquisadores. Muito ainda há por ser questionado e descoberto. Cabe aos profissionais estimularem em si um olhar cuidadoso a resultados positivos e negativos como forma de contribuir para o aumento do saber.

Conflitos de interesse: A autora é palestrante pelo Laboratório Sanofi.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Regina Margis, Rua Marques do Pombal, 1824/102, Moinhos de Vento, CEP 90540-000, Porto Alegre, RS. E-mail: reginamargis@gmail.com

Referências

1. Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depress Anxiety*. 2003;18:163-76.
2. Margis R. Terapia cognitivo-comportamental na insônia. *Rev Debates Psiquiatr*. 2015;5:22-7.
3. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:487-504.
4. Associação Brasileira do Sono, Bacelar A, Pinto LR Jr. Insônia: do diagnóstico ao tratamento: III Consenso Brasileiro de Insônia. São Paulo: Omnifarma; 2013.
5. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *An American Academy of Sleep Medicine review*. *Sleep*. 1999;22:1134-56.
6. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29:1398-414.
7. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012;13:40.
8. Geiger-Brown JM, Rogers VE, Liu W, Ludeman EM, Downton KD, Diaz-Abad M. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2014;23:54-67.
9. Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175:1461-72.
10. van de Laar M, Pevernagie D, van Mierlo P, Overeem S. Psychiatric comorbidity and aspects of cognitive coping negatively predict outcome in cognitive behavioral treatment of psychophysiological insomnia. *Behav Sleep Med*. 2015;13:140-56.
11. Ong JC, Kuo TF, Manber R. Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *J Psychosom Res*. 2008;64:419-25.

Psiquiatra (área de atuação: medicina do sono). Membro docente, Núcleo de Estudos e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas, Porto Alegre, RS. Mestrado em Bioquímica e Doutorado em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Vice-coordenadora, Departamento de Medicina do Sono, ABP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Cronobiologia Experimental/Modelos Animais e Cronobiologia Experimental Aplicada à Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

12. Edinger JD, Carney CE, Wohlgenuth WK. Pretherapy cognitive dispositions and treatment outcome in cognitive behavior therapy for insomnia. *Behav Ther.* 2008;39:406-16.
13. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia in general medical practice: analysis of outcome data at 12 months posttreatment. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:58-66.
14. Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep.* 2001;24:591-9.
15. Van Houdenhove L, Buysse B, Gabriëls L, Van den Bergh O. Treating primary insomnia: clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *J Clin Psychol Med Settings.* 2011;18:312-21.
16. van de Laar M, Verbeek I, Pevernagie D, Aldenkamp A, Overeem S. The role of personality traits in insomnia. *Sleep Med Rev.* 2010;14:61-8.
17. Bei B, Ong JC, Rajaratnam SM, Manber R. Chronotype and improved sleep efficiency independently predict depressive symptom reduction after group cognitive behavioral therapy for insomnia. *J Clin Sleep Med.* 2015;11:1021-7.
18. Cervena K, Dauvilliers Y, Espa F, Touchon J, Matousek M, Billiard M, et al. Effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sleep architecture and sleep EEG power spectra in psychophysiological insomnia. *J Sleep Res.* 2004;13:385-93.
19. Krystal AD, Edinger JD. Sleep EEG predictors and correlates of the response to cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep.* 2010;33:669-77.
20. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for insomnia I: approaches and efficacy. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 866- 83.
21. Troxel WM, Conrad TS, Germain A, Buysse DJ. Predictors of treatment response to brief behavioral treatment of insomnia (BBTI) in older adults. *J Clin Sleep Med.* 2013;9:1281-9.
22. Vincent N, Penner S, Lewycky S. What predicts patients' perceptions of improvement in insomnia? *J Sleep Res.* 2006;15:301-8.
23. Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;301:2005-15.
24. Ruitter Petrov ME, Lichstein KL, Huisinigh CE, Bradley LA. Predictors of adherence to a brief behavioral insomnia intervention: daily process analysis. *Behav Ther.* 2014;45:430-42.
25. Machado SS. Terapias cognitivas: um re-olhar sobre sua trajetória e pressupostos teóricos e tecnológicos. *Rev Bras Psicoter.* 2009;11:244-63.
26. Espie CA, MacMahon KM, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep.* 2007;30:574-84.
27. Järnefelt H, Sallinen M, Luukkonen R, Kajaste S, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. *Behav Res Ther.* 2014;56:16-21.
28. Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep.* 2012;35:769-81.
29. Kaldö V, Jernelöv S, Blom K, Ljótsson B, Brodin M, Jörgensen M, et al. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - a randomized trial. *Behav Res Ther.* 2015;71:90-100.
30. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012;36:427-40.