

CENTRO UNIVERSITARIO ATENAS

EDUARDO RIBEIRO DA FONSECA

**A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E SUAS
CONTRIBUIÇÕES NO MANEJO CLÍNICO DO
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

Paracatu

2020

EDUARDO RIBEIRO DA FONSECA

**A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO
MANEJO CLÍNICO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas.

Orientador: Prof Msc. Robson Ferreira dos Santos

Paracatu

2020

EDUARDO RIBEIRO DA FONSECA

**A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO
MANEJO CLÍNICO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas.

Orientador: Prof Msc. Robson Ferreira dos Santos

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, ____ de _____ de _____.

Prof Msc. Robson Ferreira dos Santos
UniAtenas

Profª Msc. Ana Cecília Faria
UniAtenas

Profª Msc. Analice Aparecida dos Santos
UniAtenas

Não posso deixar de agradecer a Deus em primeiro lugar por tudo que acontece em minha vida. Peço perdão a minha família, esposa e amigos que estão sempre ao meu lado. Mas não posso deixar de dedicar esse trabalho a meu pai, que sem o apoio e encorajamento, essa formação não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me fortalecer nesses anos de caminhada. Agradeço aos meus pais que estão e sempre estarão comigo em todos os meus caminhos. Agradeço a minha esposa, que me apoiou em todo o tempo, e que me alegra nos momentos mais difíceis. Agradeço aos meus amigos pelas palavras de encorajamento. Agradeço aos meus colegas de turma, por tornar nosso ambiente de estudo um lugar mais leve e alegre. Agradeço aos meus orientadores e professores pela dedicação na transmissão de seu conhecimento. Por fim, agradeço a todos aqueles que com palavras de incentivo ou críticas construtivas me ajudaram a chegar até aqui.

Quem olha pra fora sonha, quem olha pra dentro desperta.

Carl G. Jung (s.d)

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo cognitivo-comportamental básico	19
FIGURA 2 – Modelo de atendimento	28

LISTA DE ABREVIATURAS

TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
TDM	Transtorno Depressivo Maior

RESUMO

Os transtornos do campo depressivo se tornaram uma das maiores preocupações dos órgãos de saúde no âmbito mundial. No Brasil mais de 5% da população é acometida por algum transtorno do tipo. A disseminação dessa patologia causa diversos problemas de ordem pública incluindo saúde, economia, entre outros. O objetivo desse trabalho é apresentar uma construção da patologia, a partir dos fatores individuais que facilitam sua manutenção no sujeito e apresentar uma proposta de manejo clínico segundo os vieses da terapia cognitivo-comportamental. Esse estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, tendo como foco a terapia cognitivo-comportamental e suas contribuições no tratamento e compreensão do transtorno depressivo. A pesquisa foi realizada a partir de livros e artigos acadêmicos principalmente nas bases de dados Pepsic e Scielo. No geral, a bibliografia aponta para resultados satisfatórios no controle da sintomatologia, prevenção de recaídas e reestruturação cognitiva.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Transtorno Depressivo. Manejo Clínico. Tratamento. Técnicas.

ABSTRACT

Depressive field disorders have become one of the major concerns of health organs worldwide. In Brazil, more than 5% of the population is affected by some type of disorder. The spread of this pathology causes several problems of public order including health, economics, among others. The objective of this work is to present a construction of the pathology, from the individual factors that facilitate its maintenance in the subject and to present a proposal for clinical management according to the biases of cognitive-behavioral therapy. This study was conducted through a bibliographic research, focusing on cognitive-behavioral therapy and its contributions to the treatment and understanding of depressive disorder. The research was based on academic books and articles mainly in the Pepsic and Scielo databases. In general, the bibliography points to satisfactory results in symptomatology control, relapse prevention and cognitive restructuring.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy. Depressive Disorder. Clinical Management. Treatment. Techniques.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	11
1.2 HIPÓTESES DO ESTUDO	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	12
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	12
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 CONCEITANDO O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	14
3 ENTENDENDO A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	17
3.1 PRINCÍPIOS TEÓRICOS	17
3.1.1 O MODELO COGNITIVO	17
3.1.2 CRENÇAS	20
3.1.3 CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS	20
3.1.4 PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	22
4 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	23
4.1 DISTORÇÕES COGNITIVAS	23
4.2 REGISTRO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	24
4.3 SETA DESCENDENTE	25
4.4 ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO	25
5 CONTRIBUIÇÕES DA TCC NO MANEJO CLÍNICO DO TDM	27
5.1 MODELO DE ATENDIMENTO	29
5.1.1 RELAÇÃO TERAPEÚTICA	30
5.1.2 PLANEJAMENTO	30
5.1.3 INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	30
5.1.4 REFORÇADORES POSITIVOS	31
5.1.5 FACILITAÇÃO A MUDANÇA COGNITIVA	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Nossa sociedade está cada vez mais embrenhada na tecnologia, cada vez menos tolerante, cada vez mais exigente e conseqüentemente cada vez mais punitiva. É difícil não imaginar que todo este contexto não irá colaborar para uma sociedade ansiosa e depressiva.

A organização mundial de saúde estima que mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo sejam vítimas de ansiedade e/ou depressão. Esse número sugere que mais de 4% da população mundial é acometida com esse transtorno. Esses números ficam ainda piores se considerarmos apenas a população brasileira, que possui mais de 5% de seus cidadãos acometidos pela patologia. Segundo Parik e Law (2001, apud KNAPP, 2008, p.168) “calcula-se que, até o ano de 2020, a depressão será a segunda causa de incapacitação no mundo, atrás apenas da doença coronariana isquêmica”.

Ainda sim, com o crescimento tecnológico da informação cresce também o número de diagnósticos realizados pela internet. Um crescente número de sintomas soltos, aleatórios que se juntam para predizer um diagnóstico formado pelo próprio indivíduo. Cresce assim a necessidade de orientação científica a respeito do contexto e das patologias.

Assim a Terapia Cognitivo Comportamental surge como importante ferramenta no manejo dos transtornos citados. Conforme Leahy (2008), “o modelo da terapia cognitiva baseia-se na visão de que estados estressantes como a depressão e ansiedade são mantidos ou exacerbados por maneiras de pensar exageradas”. Dessa forma o indivíduo se mantém em sua “prisão” reforçado por seus pensamentos e sentimentos de menos valia. A terapia cognitivo-comportamental convida então o indivíduo a um pensamento mais realista examinando as evidências de seus conceitos e questionando-se a respeito de suas conclusões pessimistas. Leahy (2008), aponta que, “alguns críticos da terapia cognitiva argumentam que esta é excessivamente racional e simplista, mais um exercício de palavras do que de emoção”.

No entanto, não podemos desprezar a complexidade do ser humano e a forma complexa como se organizam suas percepções. Cada sujeito enxerga o mundo de uma forma particular e essa forma com que ele enxerga o mundo é o resultado de toda uma construção de vida. Aspectos, como o modelo familiar em que vive ou viveu, a cultura, o lugar onde nasceu, os estímulos que recebeu ou não. Fatos marcantes que aconteceram na sua vida, seja na infância, adolescência ou idade adulta, compõe a forma com que esse sujeito percebe o mundo. Tudo isso nos dá a ideia de quão arraigado está a forma desse indivíduo de “funcionar”.

1.1 PROBLEMA

De que maneira a Terapia Cognitivo Comportamental, aplicada ao manejo clínico do Transtorno Depressivo Maior pode contribuir para o tratamento do indivíduo acometido com essa patologia?

1.2 HIPÓTESE DO ESTUDO

Os padrões disfuncionais de pensamento que levam a todo um comportamento disfuncional são arraigados em nossa vida por um processo de aprendizagem que perpassa toda a nossa existência. A cultura, a família, o meio em que vivemos e os padrões sociais aos quais estamos sujeitos, são fortes reforçadores desse modo subjetivo de “funcionar”.

Ademais, com base na literatura proposta, podemos perceber que boa parte dos indivíduos acometidos com transtornos do campo depressivo possui uma série de características cognitivas que facilitam o estabelecimento da patologia. A tendência ao pessimismo, gerado por uma forma distorcida de ver os eventos da vida é a principal destas características.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar a aplicação da terapia cognitivo comportamental e seus benefícios em indivíduos acometidos com Transtorno Depressivo. De maneira secundária, mas não menos importante entender a patologia tratada, a teoria de atendimento e seu modelo de aplicação.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conceituar transtorno depressivo maior e suas ramificações.
- b) Conceituar teoricamente a terapia cognitivo-comportamental e demonstrar modelo de atendimento.
- c) Evidenciar técnicas aplicadas ao contexto observando suas peculiaridades.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Entender o transtorno depressivo, seus principais conceitos, entender o indivíduo acometido pelo transtorno e as formas pelas quais as patologias se matem na sua vida. Bem como, uma forma eficaz de intervenção torna-se fundamental em nossos dias. A depressão tornou-se um grave problema de saúde pública no mundo e de forma ainda mais acentuada no Brasil.

Segundo a organização mundial de saúde cerca de 300 milhões de pessoas em todo mundo sofrem com a doença. No Brasil esse número é ainda mais alarmante, quase de 6% da população, cerca de 11,5 milhões de pessoas são acometidas pela doença. Para Knapp, (2004), “conhecer a efetividade das alternativas terapêuticas atualmente disponíveis é essencial”.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

A presente pesquisa, possui natureza descritiva. Quanto ao seu delineamento, se constitui em uma pesquisa bibliográfica. Esse trabalho pretende analisar indivíduos vítimas de depressão e ansiedade, bem como a relação entre as questões. Através de pesquisa bibliográfica em plataformas como o Pepsic, Scielo, Google Acadêmico e outras. Levantou-se dados e publicações de variados autores a respeito dos transtornos de ansiedade, depressão e especialmente a respeito das contribuições da terapia cognitivo comportamental.

Livros e artigos apropriados ao tema também foram utilizados. A revisão é voltada para indivíduos adultos de ambos os sexos. Considerando a aplicabilidade da terapia e a exposição de técnicas aplicadas a diferentes sujeitos. Como por exemplo, a abordagem utilizada por Leahy (2008), que demonstra exemplos de dialogo entre terapeuta e paciente com descrição de caso e citação de técnicas em cada contexto.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi desenvolvido em seis capítulos.

O primeiro capítulo traz a introdução geral do trabalho em um primeiro momento. Em seguida traz a problemática, a hipótese de estudo, os objetivos, a justificativa, a metodologia e a estrutura do trabalho.

O capítulo dois traz a revisão bibliográfica.

O capítulo três é focado na construção sintomatológica do transtorno depressivo maior.

O capítulo quatro traz uma conceituação teórica da terapia cognitivo-comportamental.

O capítulo cinco traz algumas técnicas cognitivo-comportamentais pertinentes ao tratamento do transtorno depressivo maior.

O capítulo seis mostra as contribuições da terapia cognitivo-comportamental no manejo clínico do transtorno depressivo maior e por fim, traz algumas considerações finais.

2 CONCEITUANDO O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

A depressão é uma das patologias que mais atinge, incapacita e gera custos em todo o mundo. No Brasil, mais de 5% da população é acometida com algum tipo de transtorno depressivo. Considerando a população mundial, a OMS afirma que em dez anos os casos associados aos transtornos depressivos cresceram assustadores 18%.

Os transtornos e síndromes depressivas podem se subdividir em várias categorias. O DSM-V (2014), conceitua sete ramificações diferentes do transtorno. São elas: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente, Transtorno Depressivo Induzido por Substância, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado. Todos esses transtornos convergem no que popularmente se chama de Depressão. Na expressão popular o termo “depressão” é utilizado para descrever um conjunto de sintomas comuns, que convergem, se assemelham e se juntam para definir em um só lugar o grande grupo que compõe os transtornos depressivos.

Entre tais conceitos, está o transtorno depressivo maior que de certa forma, reúne muitas das características principais dos outros transtornos e compõe a ideia central deste trabalho. O transtorno depressivo maior conforme apontado pelo DSM-V, (2014, p. 161), traz em sua composição sintomas como humor deprimido, desinteresse, insônia, agitação ou retardo psicomotor e etc.

De certa forma falamos então de uma desaceleração do funcionamento físico e cognitivo do indivíduo. Não por acaso o termo depressão refere-se originalmente a uma espécie de rebaixamento causado por uma pressão sofrida. Dessa maneira esta patologia também se desenvolve como uma série de ataques à capacidade de resiliência, autoestima e desenvolvimento geral do indivíduo.

De acordo com Sadock e Sadock (2007, p. 579), fatores como, estresse ambiental, personalidade e fatores psicodinâmicos podem colaborar para o estabelecimento do transtorno. Acontecimentos associados à perda de pessoas próximas, desemprego e outros fatores estressantes são algumas das condições contribuintes. Outros fatores como, idade, condição socioeconômica, fatores biológicos, situação conjugal, idade e até mesmo sexo, também possuem influência neste contexto.

Os autores Sadock e Sadock (2007, p. 573), também ressaltam que “uma observação quase universal, independentemente de país ou cultura, é a da prevalência duas vezes maior do transtorno depressivo maior em mulheres”. Outro fator relevante é a idade. Conforme

apontamento dos mesmos autores Sadock e Sadock (2007, p. 574), “a idade média de início do transtorno depressivo é de 40 anos, com 50% de todos os pacientes tendo o início entre 20 e 50 anos”.

A depressão causa prejuízos em diversos desdobramentos da vida do sujeito. De acordo com Knapp, (2008, p. 170), o transtorno traz, por exemplo, prejuízos a funções cognitivas como atenção e memória. O que nos mostra que toda a vida afetiva e social do indivíduo é atingida. Aliás, um padrão de prejuízo clinicamente significativo e notável prejuízo no funcionamento social são critérios importantes para o diagnóstico do transtorno. O indivíduo acometido por um processo depressivo tende a se sentir triste por boa parte de seu dia, seu humor pode apresentar oscilações, mas a tendência é que seu padrão seja deprimido e pessimista.

Atividades que anteriormente eram prazerosas podem perder o sentido. Em virtude do funcionamento cognitivo prejudicado, funções relacionadas, como o sono podem ser prejudicadas. Em virtude de um sentimento de impotência trazido, também é comum que as pessoas acometidas demonstrem certa fadiga e sentimentos de inutilidade. Outra questão recorrente são os pensamentos relacionados à morte, nesse campo estão não só a ideação suicida, mas também, em alguns casos, o medo da morte.

Segundo Del Pino (2003, apud DALGALARRONDO, 2008, p. 307) “Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e o desânimo”. Dessa maneira, podemos notar que apesar de suas várias ramificações os transtornos depressivos convergem em alguns pontos centrais que constituem as características básicas da patologia.

Segundo Dalgarrondo (2008, p. 307), os sintomas afetivos do transtorno depressivo maior incluem: tristeza, choro fácil, apatia, vazio, tédio, irritabilidade, angústia, desespero e desesperança. Dessa maneira podemos dizer que existe uma ideia central para o tratamento e uma ideia básica do indivíduo.

No entanto, devemos ressaltar o caráter peculiar de cada contexto de tratamento, entendendo a complexidade do indivíduo e do sistema no qual está inserido. Evitando que ideias preconceituosas, taxativas e ineficazes sejam impostas ao sujeito. Logo, embora haja elementos centrais e pontos de partida, terapeuta e terapia devem ser flexíveis entendendo os desafios e particularidades de cada caso.

Para Knapp, (2004, p. 177), “o terapeuta cognitivo não está interessado apenas nos sintomas e na história de vida do paciente, mas também na sua interpretação dos eventos”.

Dessa maneira entendemos a complexidade, peculiaridade e o desafio que representa a terapia de pessoas acometidas com transtorno depressivo maior.

3 ENTENDENDO A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental tem como ideia central o conceito de que o processo cognitivo tem influência direta sob o comportamento do sujeito, que esse mesmo processo pode em algum momento ser alterado e conseqüentemente, que um comportamento esperado pode ser gerado através dessa mudança.

Para Knapp (2004, p. 20) “A TC focaliza seu trabalho em identificar e corrigir padrões de pensamento conscientes e inconscientes (que não estão imediatamente acessíveis à consciência)”. A terapia está então voltada para a cognição e percepção que o indivíduo tem do meio em que está inserido. Diante de um mesmo estímulo indivíduos diferentes certamente terão percepções diferentes do mesmo evento, e a forma com que esse evento é interpretado exerce forte influência na maneira com que esse indivíduo reage a essa situação.

Segundo Knapp e Beck (2008, p. 57), “O princípio fundamental da TC é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam”. Assim sendo, um dos grandes objetivos da terapia cognitivo-comportamental é corrigir formas disfuncionais de pensamento e propor soluções gerando qualidade de vida ao sujeito.

Muitos desses pensamentos seriam disparados de maneira involuntária e praticamente automática diante de certas situações. Muito embora esses pensamentos obedeçam a um padrão que se estabelece de acordo com a percepção do indivíduo.

Ainda de acordo com Knapp e Beck (2008, p. 57), a terapia cognitivo-comportamental, entende que há pensamentos que ocorrem de forma espontânea e imediata em resposta à determinada situação. Esses pensamentos são chamados de pensamentos automáticos e são diferentes do fluxo normal de pensamentos. A ideia dos pensamentos automáticos e a forma involuntária com que os mesmos são disparados compõe importante conceito para aplicação e entendimento da terapia cognitivo-comportamental, conceito esse que será abordado nos próximos tópicos.

3.1 PRINCÍPIOS TEÓRICOS

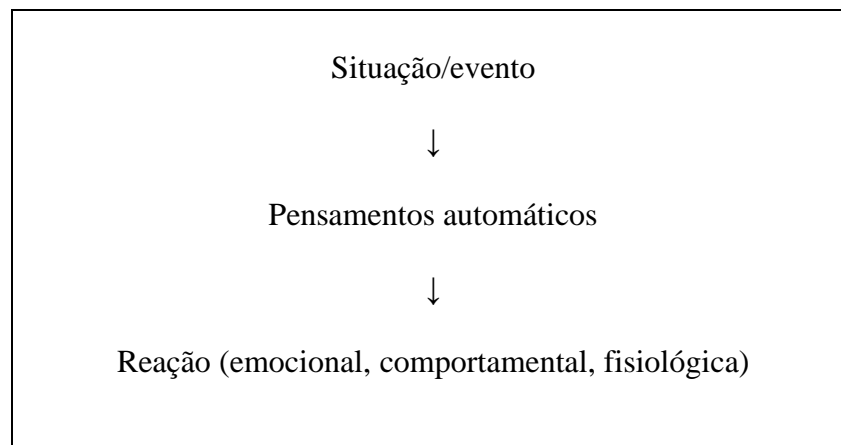
3.1.1 O MODELO COGNITIVO

Segundo Beck (2013, p. 50), “a terapia cognitivo-comportamental está baseada no modelo cognitivo, o qual parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a

fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos”. Assim, a forma com que um indivíduo reage a tal situação é determinada pela forma com que o mesmo percebe essa situação. A forma com que cada indivíduo percebe os estímulos é particular e desenvolvida através de uma complexa construção que se dá ao longo de sua vida.

Dessa maneira, o que determina a forma com que o sujeito se porta diante de uma situação é de fato sua percepção e os pensamentos que são gerados em virtude dessa percepção e não o evento em si. Uma pessoa com baixa autoestima, por exemplo, pode interpretar um crítica recebida no trabalho como algo que atesta sua incompetência (“sou um fracasso, não faço nada direito”). E a partir daí sentir-se desmotivado, triste e etc.

Figura 1 - Modelo cognitivo-comportamental básico



Fonte: Beck 2013, p. 50.

De acordo com Beck (2013, p. 51), os terapeutas cognitivo-comportamentais devem ter o foco de sua atenção voltado para o nível de pensamento que atua concomitante a um pensamento mais óbvio e superficial. O terapeuta deve estar então, com sua atenção voltada para as formas mais superficiais, tendenciosas e não verificadas de pensamento. Uma vez que essas percepções e pensamentos geralmente estão ligados a visões distorcidas e algumas vezes preconceituosas.

Para Leahy, (2006, p. 23), “o modelo cognitivo de Beck sugere que existem vários níveis de avaliação cognitiva. No nível mais imediato estão os pensamentos automáticos que surgem espontaneamente, parecem válidos e são associados a comportamentos problemáticos ou emoções perturbadoras”. O modelo cognitivo postula então que existem três momentos ordenados e interdependentes que se manifestam sequencialmente. São eles: situação, pensamento e resposta.

Por situação entende-se o estímulo presente no momento, como um cachorro correndo em sua direção, por exemplo. Pensamento, são os pensamentos automáticos gerados por aquela situação, como, ele vai me alcançar e me morder. Resposta, diz respeito ao modo como essa pessoa reagirá emocional e fisiologicamente a esse evento. Uma pessoa nessa situação, por exemplo, certamente vai sentir medo e correr. O que acontece em muitas outras situações diferentes é que a resposta de enfrentamento pode ser extremamente diferente de um indivíduo para outro.

Diante da dificuldade de uma matéria na faculdade, por exemplo, um aluno pode se sentir motivado e outro incapaz, ainda que tenha potencial para tal. Toda essa interpretação errônea e na maioria das vezes incompatível com a realidade é potencializada por distorções cognitivas.

Segundo Knapp, (2004) distorções cognitivas são vieses sistemáticos na forma como sujeito interpreta as situações da vida. De acordo com Knapp e Beck, (2008, p. 58), “embora essas manobras cognitivas e comportamentais aliviem seu sofrimento emocional momentaneamente em longo prazo as estratégias compensatórias podem reforçar e piorar crenças disfuncionais”. Assim sendo, o principal objetivo do terapeuta cognitivo é identificar e corrigir essas distorções.

Na visão de Knapp (2004, p.174) usualmente, os primeiros passos da terapia devem estar voltados para os pensamentos automáticos, atingindo e gerando mudança nesses pensamentos outros campos do comportamento também serão afetados. Diante de transtornos psicológicos esses pensamentos do indivíduo tendem a ser não só mais distorcidos, mas também mais rígidos.

3.1.2 CRENÇAS

Ao longo da nossa vida, iniciando-se na infância, construímos ideias sobre nós e sobre o mundo em que vivemos. Essas ideias duradouras construídas ao longo do tempo e igualmente alimentadas formam modos de compreensão da realidade, que podemos chamar de crenças centrais.

Para Knapp (2004, p. 22) as crenças nucleares ou centrais podem ser vistas como ideias e conceitos enraizados, que formamos acerca de nós mesmos, dos outros e da vida de uma forma geral. É importante salientar que para muitos autores crenças e esquemas são palavras diferentes para definir um mesmo propósito.

Dito isso, segundo Knapp e Beck (2008, p.57) esquemas são estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas que determinam como as situações são percebidas. Assim, podemos dizer que as crenças são ideias consolidadas e absolutas de diferentes situações.

Tomando a ideia do exemplo citado anteriormente, um indivíduo, criticado no trabalho, pode experimentar sentimentos de incapacidade, incompetência e impotência (sou burro, não faço nada direito, sou um desastre em tudo que faço), ainda que essa crítica seja construtiva e colocada com educação. Esse indivíduo pode experimentar sentimentos similares sempre que uma situação nova se apresentar. Quando tiver dificuldade para aprender uma nova matéria, quando cometer um erro no trânsito, quando não conseguir pagar uma de suas contas em dia e etc. Dessa forma esse sujeito apresenta a crença nuclear: “Eu sou incompetente”.

Conforme Beck (2013, p. 52), quando essa crença nuclear é ativada, o indivíduo interpreta as situações por meio das lentes da sua crença, ainda que essa interpretação seja evidentemente inválida. Esse sujeito tende então a buscar os argumentos que justificam sua crença disfuncional. Elementos positivos que contestam suas crenças não são considerados, ou ainda que sejam reconhecidos não exercem influência sobre a crença.

Essa pessoa pode deixar de considerar coisas importantes que tenha realizado como: promoções que alcançou no trabalho até ali, elogios que recebeu ao longo do tempo, o baixo número de erros que cometeu, entre outras situações possíveis.

Assim Beck (2013, p. 53), ressalta que “sua crença é mantida, mesmo sendo incorreta e disfuncional”. Para Knapp (2004, p. 23), esse processamento de informação torna-se tendencioso, retirando da realidade apenas informações que corroborem com sua crença.

3.1.3 CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS

As crenças nucleares, anteriormente descritas, contribuem com a formação de outro tipo de crenças, que são formadas por atitudes, regras e pressupostos. A essas crenças daremos o nome de crenças intermediárias (BECK, 2013, p. 54).

Crenças intermediárias são construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos pensamentos automáticos. “São regras, padrões, normas, premissas e atitudes que adotamos, e que guiam a nossa conduta” (KANAPP, 2004 p. 24).

Percebe-se então que as crenças subjacentes são desenvolvidas a partir das crenças centrais. De acordo com Knapp e Beck (2008, p. 57), crenças intermediárias ou subjacentes

são o que leva o indivíduo a pressupostos como: “se eu não tiver uma mulher que me ame não sou nada” e regras como, “um homem não pode viver sem uma mulher”.

Com isso, podemos perceber que as crenças subjacentes são resultados de condições, pressupostos, validações que carecem de uma ideia anterior. Se uma determinada condição existe, logo, certa inferência é verdadeira. Essas ideias podem envolver crenças como, por exemplo: “Se eu não fizer o que as pessoas querem, eles nunca vão gostar de mim” e “se eu não for o melhor naquilo que faço serei um fracassado”. No entanto, todas essas regras e pressupostos tomados como verdadeiros pelo sujeito podem não ser tão claros a todo tempo.

Para Leahy (2006, p. 83) esses pressupostos podem não ser evidentes quando as coisas vão bem. Um homem com dificuldade para se sentir amado pode, por exemplo, se sentir confiante enquanto não há problemas no seu relacionamento. Existe assim, uma relação de causalidade entre as crenças nucleares e as crenças subjacentes.

De acordo com Knapp, (2004, p. 25), “os pressupostos condicionais modelam a relação entre as estratégias comportamentais e as crenças nucleares”. Assim, um indivíduo com a crença nuclear “eu sou incompetente”, pode apresentar a crença intermediária “não posso experimentar nada novo, pois vou falhar”.

Dessa maneira a terapia representa um desafio para o profissional responsável, uma vez que todas essas crenças são arraigadas ao longo da vida e tomadas como verdade absoluta pelo indivíduo. Para isso, Beck (2013, p. 55) orienta que, o terapeuta cognitivo-comportamental deve ter em mente que essas crenças disfuncionais podem ser substituídas por meio da aprendizagem.

3.1.4 PENSAMENTOS AUTOMATICOS

Na nossa vida temos pensamentos que são disparados o tempo todo e em diversas situações. Muitas vezes estamos planejando o futuro, adquirindo um novo conhecimento, com raiva de algo que aconteceu, considerando uma conversa com um amigo e emitindo uma opinião em silêncio. As situações do dia a dia que vimos produz em nós pensamentos involuntários, espontâneos e muitas vezes até imperceptíveis. A esses pensamentos disparados involuntariamente é atribuído o conceito de “pensamentos automáticos”.

De acordo com Knapp (2004, p. 25) os pensamentos automáticos que são exagerados, distorcidos, equivocados, irrealistas ou disfuncionais têm papel importante na psicopatologia, pois determina a capacidade de reação desse sujeito. Os pensamentos automáticos possuem

então, relação direta com a forma com que esse indivíduo irá responder e enfrentar as situações de sua vida.

Assim, as crenças nucleares moldam a forma com que essa pessoa vê o mundo e a si mesma. A partir daí, seus pensamentos são influenciados por essa maneira limitada de ver a vida, e suas respostas e reações são influenciadas pela carga negativa de seus pensamentos. Um indivíduo “A” com a crença central, “eu sou incapaz”, diante da situação “aprender a dirigir”, tem pensamentos como: “eu sou burro, não vou conseguir”. Como resposta a esses pensamentos o indivíduo desiste da tarefa (BECK, 2013, p. 56).

4 TECNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

4.1 DISTORÇÕES COGNITIVAS

As distorções do pensamento consistem em, distorcer constantemente os pensamentos da mesma maneira, exacerbar eventos ruins e perceber-se como fracassado e incapaz (LEAHY, 2006, p. 34). Corroborando essa ideia outros autores apontam que, as distorções cognitivas são erros sistemáticos na interpretação e processamento dos eventos (POWEL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008, p. 75).

Essas distorções impedem o indivíduo de perceber os eventos com fidelidade. Ele tende então, a focar eventos negativos e exagerar no impacto dessas experiências. Esse indivíduo passa a funcionar de maneira desadaptativa em sua vida, suas distorções passam a estar cada vez mais arraigadas e complexas. É necessário então que esse sujeito seja submetido a uma reestruturação de seu processo cognitivo. Processo esse, que visa corrigir e avaliar o grau dessas distorções.

Esta reavaliação e correção das cognições distorcidas permitem ao paciente perceber que na grande maioria das vezes estava hipervalorizando negativamente uma situação e desvalorizando sua capacidade de enfrentamento da mesma situação (Clark & Wells, 1995; Lucock & Salkovskis, 1988; Taylor & cols., 1997 apud REY; PACINI, 2006, p. 272).

A reestruturação cognitiva é uma técnica fundamental no processo psicoterápico proposto pela terapia cognitivo-comportamental. “A técnica de reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas” (REY; PACINI, 2006, p. 272).

Assim, o registro dessas distorções, para posterior contestação das mesmas torna-se uma ferramenta extremamente útil e compõe uma importante técnica da TCC. O terapeuta deve construir um cenário propício e proporcionar condições para que se evoquem os pensamentos automáticos do paciente. Perguntas do tipo: “o que você estava pensando quando se sentiu triste?” podem facilitar a conclusão desse objetivo. Como tarefa de casa o paciente, neste caso, receberá a tarefa de monitorar e registrar suas distorções de pensamento, conforme orientação do terapeuta.

Esse exercício mostra ao paciente que ele repete um padrão de avaliação e quase sempre negativo. A partir daí, o paciente aprenderá a contestá-los (LEAHY, 2006, p. 34).

Distorções do tipo “eu não consigo fazer nada direito” podem ser contestadas a partir de realizações do sujeito, que ao longo do tempo ele deixou de considerar.

Conforme Knapp (2004, p. 140), muitas vezes, apenas o fato de o paciente identificar e nomear as distorções pode produzir impacto cognitivo e enfraquecer as mesmas.

4.2 REGISTRO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Um dos maiores desafios para o terapeuta, independente da abordagem teórica utilizada, é conduzir seu cliente para que o mesmo entenda como sua queixa é construída e reforçada pelo seu padrão de comportamento. Psicoeducar aquele que o busca é uma tarefa essencial do terapeuta cognitivo-comportamental.

O indivíduo dever ser levado a conhecer de maneira satisfatória a sua queixa, entender como ela se estabelece e as ferramentas de contestação que podem ser utilizadas. Dessa forma, o registro em geral e mais especificamente, o registro de pensamentos disfuncionais se torna uma importante ferramenta para que o terapeuta consiga demonstrar a seu cliente seu padrão disfuncional de reagir a cada situação.

O registro de pensamentos disfuncionais, “aumenta a objetividade e facilita que o indivíduo se lembre de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões” (POWEL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008, p. 76). Esta técnica também permite ao sujeito, ter uma visão panorâmica da sua forma de pensar em meio as diferentes situações.

O registro de pensamentos é feito por meio de um formulário com padrão estabelecido. Embora existam modificações, esses formulários necessariamente incluem a sequência “situação, pensamento e emoção”. Através dessa estrutura o paciente monitora, acompanha e identifica os pensamentos disfuncionais que ocorrem de maneira espontânea e parecem justificáveis (KNAPP, 2004, p. 138).

Como dito anteriormente a tríade situação, pensamento e emoção deve necessariamente ser observada. Um determinado paciente, por exemplo, ao ser cobrado para desempenhar uma nova tarefa no trabalho (situação), dispara pensamentos de incapacidade, como “eu não vou conseguir” (pensamento). Consequente mente se sente incapaz e deprimido (emoção).

4.3 SETA DESCENDENTE

A seta descendente funciona como um modelo de questionamento para esmiuçar crenças subjacentes. “Dá-se por meio de uma série de perguntas, buscando o significado que os pensamentos mais manifestos têm para o paciente” (BECK et al., 1993, apud KNAPP, 2004, p.144).

Em algumas ocasiões um determinado medo de um paciente pode se mostrar verdadeiro em uma determinada situação. Esse paciente pode inicialmente, por exemplo, temer ser demitido do trabalho e de fato isso vir a acontecer. Investigar as crenças subjacentes, ou seja, esmiuçar as crenças que estão à margem destes pensamentos, ajuda na despotencialização deste pensamento inicial (LEAHY, 2006, p. 36).

Dessa maneira uma série de questionamentos que se dão de maneira decrescente é feito de forma investigativa, até que um determinado medo específico, inicial e gerador do sujeito venham à tona. Perguntas do tipo: “o que isso significa pra você?” ou “se isso for verdade, então isso significa que?” são ferramentas que podem facilitar o alcance deste objetivo.

Este método também auxilia o paciente a desenvolver um raciocínio autônomo para questionar evidências, pensamentos automáticos, crenças e afins (POWEL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008, p. 76).

4.4 ANALISE DE CUSTO BENEFICIO

O objetivo principal dessa técnica é levar o paciente a avaliar as consequências, bem como, riscos e benefícios de manter certas crenças. Uma vez que essas evidências estejam claras, a tomada de decisão do paciente por um novo padrão de pensamento se torna mais desejada. Por outro lado, patologias como ansiedade e depressão que paralisam o sujeito, geram no mesmo, dificuldade de iniciar algum tipo de tarefa e também identificar suas vantagens (POWEL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008, p. 76).

Assim, técnicas que auxiliem o indivíduo nessa análise são extremamente pertinentes. Tomando por exemplo, a ideia de um paciente que tem como pressuposto agradar as pessoas para que as mesmas gostem dele. Criamos um formulário, com o pressuposto acima destacado, abaixo dois quadros, se possível frente a frente para que possam ser comparados, com as vantagens e desvantagens daquela conduta (KNAPP, 2004, p. 145).

Vale ressaltar que, os pressupostos negativos que o indivíduo toma para si estão profundamente arraigados na sua forma de pensar. Dessa maneira sua análise de custo benefício também estará contaminada pela sua forma de enxergar o mundo. Uma vez que o indivíduo vê sua forma de pensar e agir como uma proteção às intempéries do mundo, é possível que mesmo sua forma disfuncional de agir seja vista com um maior número de vantagens que desvantagens.

Por outro lado, também é possível que o sujeito se recuse a reconhecer os benefícios da manutenção de suas crenças e pressupostos. Nesse caso é necessário que o terapeuta tenha habilidade pra ajudar o paciente a trazer essas vantagens, ainda que as mesmas não estejam tão evidentes para ele (LEAHY, 2006, p. 57).

5 CONTRIBUIÇÕES DA TCC NO MANEJO CLINICO DO TDM

A terapia cognitivo-comportamental alia a seu método de trabalho a dois importantes vieses. Por um lado busca entender a cognição do sujeito, o abstrato, a percepção que o mesmo possui dos eventos e como sua vida é afetada por essa percepção. Por outro lado a TCC é objetiva, e se predispõe a estudar e entender o padrão observável de comportamento do indivíduo, bem como, suas origens e consequências.

Com essa percepção integrada, a TCC tem sido uma importante e eficaz ferramenta de compreensão e manejo do transtorno depressivo. Nosso principal objetivo neste capítulo é compreender a forma com que a teoria em questão descreve o funcionamento da patologia, sendo essa compreensão, indispensável para um posterior manejo clínico dos transtornos depressivos. A literatura aponta para uma grande aceitação da teoria, dado a validação científica à frente das demais e também aos bons resultados apresentados.

A terapia cognitivo-comportamental tem recebido uma atenção destacada, uma vez que se tornou a abordagem psicoterápica com maior validação científica. Os mesmos autores apontam para resultados satisfatórios da TCC frente a transtornos do campo depressivo, ansioso e estresse pós-traumático (KNAPP; BECK, 2008, p. 63).

Corroborando Dewes, *et al.* (2010, p. 388), também apontam para uma eficácia da terapia cognitivo-comportamental frente aos transtornos do humor. Em meio a muitos estudos a TCC tem rompido muitas barreiras e embora tenha sido inicialmente desenvolvida com enfoque nos transtornos depressivos, um novo leque de aplicação da teoria tem se abrido atualmente.

Outros trabalhos indicam a efetividade da TCC frente à depressão de qualquer grau, os autores também apontam para uma eficácia da terapia aliada ao tratamento farmacológico e ressaltam também, a durabilidade do processo psicológico (POWEL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008, p. 75).

O elemento central na teoria proposta por Aaron Beck é a ideia de que as manifestações depressivas são geradas e mantidas por uma avaliação negativa de si e do ambiente (KNAPP, 2004 p. 170). Esse padrão negativo de avaliação é mantido e alimentado, em virtude de uma tendência que o indivíduo depressivo tem de distorcer as informações do ambiente. Enxergando tudo por meio de uma lógica negativa e complexa.

A cognição, os pensamentos e a percepção do sujeito passam então a ter um papel fundamental na manutenção do quadro depressivo. De maneira complexa o indivíduo constrói sua forma de perceber e reagir ao mundo ao longo de toda a sua vida. Episódios comuns como

uma crítica no trabalho, um término de relacionamento ou até questões mais profundas como a cultura familiar geram padrões que o indivíduo absorve, aprende e passa a responder por meio deles.

De acordo com Leahy (2006, p. 223), “a depressão é, frequentemente, consequência da subtração dos aspectos positivos em nossas vidas, da não apreciação das fontes de recompensa disponíveis e da incapacidade de perceber as coisas boas em nossa volta.” Logo, podemos perceber que existe um padrão comportamental na pessoa depressiva. Esse padrão tende a desmotivação, letargia, desinteresse e negativismo. Consequentemente a primeira ideia que cerca o processo psicoterápico é a correção dessas distorções criadas ou maximizadas pelo sujeito.

O modelo cognitivo traz algumas mudanças que ocorrem no pensamento da pessoa deprimida. Vale ressaltar que os pensamentos em si não causam a depressão, mas são ferramentas importantes para mantê-la. Nesse contexto, os sintomas depressivos são o resultado dessas distorções cometidas pelo sujeito (KNAPP, 2004, p. 174).

Os pensamentos automáticos, crenças e esquemas, conceituados anteriormente nesse trabalho, são elementos centrais na composição dessa percepção de mundo do sujeito. O modelo cognitivo então postula que o comportamento, seja ele subjetivo ou abstrato, é influenciado pela percepção que o indivíduo tem dos eventos. Um determinado evento ocorre, pensamentos automáticos são disparados e uma reação emocional e física surge em consequência a esses pensamentos (BECK, 2013, p. 50).

Observe que tríade situação, pensamento e reação são elementos comuns ao nosso cotidiano. Diante das diferentes situações da vida essa sequência de processamento surgirá automaticamente para todo indivíduo. A diferença é que indivíduos mentalmente saudáveis tendem a ser resilientes e a interpretar os eventos de forma adaptativa. Ou, ainda que esses eventos gerem certa ansiedade e medo, a percepção desse sujeito tende a se ajustar após esse primeiro momento de tensão. Já nos indivíduos depressivos essa interpretação dos eventos adquire um padrão negativo, que invariavelmente é utilizado para enxergar as situações.

Para Powel, *et al.* (2008, p. 74), os pacientes acometidos com depressão, acreditam e se comportam como se as coisas estivessem piores do que realmente são. Ou seja, existe uma maximização dos eventos negativos e uma consequente diminuição dos eventos positivos.

Sabemos ainda que toda e qualquer patologia que se desenvolve no sujeito, é o resultado de uma grande e complexa trama que é constituída por inúmeros fatores. Sociedade, cultura, eventos vividos ao longo de toda a formação da identidade, educação familiar e até fatores biológicos e de personalidade.

Dessa maneira Aaron Beck descreveu em sua teoria, dois tipos de personalidade mais suscetíveis ao processo depressivo. A personalidade do tipo sociotrópico e a do tipo autônomo. O indivíduo do tipo sociotrópico valoriza as relações interpessoais, além disso, é fortemente dependente da opinião dos outros. Já o autônomo, esta voltado para a liberdade e crescimento pessoal (KANAPP, 2004, p. 177).

Assim, de acordo com Leahy (2006, p. 272), “a depressão caracteriza-se por esquemas relacionados à perda, privação e fracasso”. Dessa forma, a terapia cognitivo-comportamental possui de fato uma nova forma de enxergar o processo depressivo e a sua interação com sujeito. A ênfase está no rebaixamento emocional e na maximização desses efeitos negativos, dados por uma maneira distorcida de enxergar os eventos da vida.

5.1 MODELO DE ATENDIMENTO

A complexidade e singularidade da subjetividade humana são um fato, e um dos principais desafios do processo psicoterápico é adaptar o processo de tratamento aos mais diferentes indivíduos. Uma vez que, cada indivíduo possui uma forma diferente de interpretar, viver e agir diante das mais diversas situações de sua vida. Muito embora, as patologias e seu estabelecimento na vida do sujeito também obedeçam a certo padrão. Nesse sentido, e tendo em mente que a terapia cognitivo-comportamental é um modelo estruturado de psicoterapia apresentaremos em seguida alguns conceitos básicos que devem ser observados pelo terapeuta cognitivo.

Figura 2 - Modelo de atendimento

- Relação terapêutica.
- Planejamento.
- Intervenções.
- Reforçadores Positivos.
- Facilitação a mudança cognitiva.

Fonte: Beck 2013, p. 37.

5.1.1 RELAÇÃO TERAPEUTICA

O processo psicoterápico desenvolve inevitavelmente, um relacionamento entre terapeuta e cliente. Em todo relacionamento a confiança é algo basal para que essa interação

se estabeleça de modo saudável. De acordo com Beck (2013, p. 37), o desenvolvimento de confiança e rapport com o paciente, são essenciais e devem ser desenvolvidos desde o primeiro contato. Aqui o terapeuta deve possuir habilidade para demonstrar de forma indireta que compreende, se importa e deseja junto com seu cliente buscar os caminhos necessários.

5.1.2 PLANEJAMENTO

Como dito anteriormente a terapia cognitivo-comportamental é uma terapia estruturada. Os objetivos do tratamento, os métodos utilizados, o tempo decorrido no processo e todas as outras ferramentas importantes devem ser cuidadosamente planejados pelo terapeuta. Nesse sentido Knapp (2004, p. 179) ressalta que um dos principais objetivos da terapia cognitiva é tornar claro o processo terapêutico para o cliente. Estando ciente dos desdobramentos da terapia, o paciente tende a se sentir mais tranquilo e confiante.

Especialmente no tratamento do transtorno depressivo, outro objetivo importante é a melhora do humor do paciente e a criação de um plano para que o mesmo haja de maneira mais funcional (BECK, 2013, p. 41).

Uma vez que o indivíduo depressivo perde naturalmente a motivação no alcance de seus objetivos, o ideal é que essas metas sejam propostas em pequenos prazos. Objetivos em longo prazo podem sim ser traçados, mais com maior cuidado e acompanhamento do terapeuta.

Todas essas metas e objetivos são traçados a partir da queixa inicial do paciente e as percepções do terapeuta. Lembrando que mesmo o estabelecimento do plano de tratamento do paciente deve ser interativo. Ou seja, deve ter a participação ativa do mesmo.

5.1.3 INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Uma questão fundamental no desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental é a resposta às cognições disfuncionais do indivíduo (BECK, 2013, p. 42). Partindo do princípio que o indivíduo com sintomas depressivos reagirá de maneira cognitivamente disfuncional em relação aos eventos do dia a dia. E ainda, que essa maneira distorcida de perceber os eventos é a ferramenta que o mantém e agrava o seu quadro. Podemos dizer que as intervenções cognitivas neste sentido são indispensáveis.

Também é importante que o terapeuta esclareça ao paciente o modelo cognitivo e como esse modelo será aplicado ao seu tratamento. É importante que o paciente tenha

compreensão de todo o processo terapêutico. Tratando-se de um processo depressivo o terapeuta deve estar atento a sintomas como inatividade, tristeza, falta de prazer, desesperança, autocrítica exagerada, indecisão, entre outros (KNAPP, 2004, p. 180). O terapeuta deve estar sempre atento aos sintomas, auxiliando o paciente na resposta as cognições disfuncionais sempre que possível.

5.1.4 REFORÇADORES POSITIVOS

O indivíduo acometido por um processo depressivo, como dito anteriormente, experimenta uma desmotivação acentuada, sua atenção esta voltada para a tristeza da vida e seu lado negativo. As coisas não fazem sentido, as atividades prazerosas não existem mais e sua vida passa a ser uma constante melancolia. Em outras palavras o indivíduo perde seus reforçadores positivos. Torna-se então, fundamental na prática psicoterápica o reestabelecimento de reforçadores positivos na vida do paciente.

Aqui o terapeuta vai trazer ao paciente dados positivos da sua vida que ele mesmo não é mais capaz de enxergar. O psicólogo deve coletar dados que contrariam as cognições disfuncionais de seu paciente e valoriza-lo enquanto pessoa (BECK, 2013, p. 46).

5.1.5 FACILITAÇÃO A MUDANÇA COGNITIVA

Uma vez que a mudança cognitiva é o grande objetivo da terapia, facilitar esse processo de mudança é uma das grandes missões do terapeuta. De acordo com (BECK, 2013, p. 47), ajudar o paciente a se sentir melhor ao final de cada sessão para que assim ele possa ter uma semana melhor é um objetivo importante do processo de tratamento. Ajudar o paciente na resolução de seus problemas, planejar tarefas de casa e ajudar o paciente a formular respostas às suas percepções distorcidas são ferramentas que colaboram para esse processo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno depressivo é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Em uma sociedade extremamente imediatista que tem dificuldade em elaborar suas perdas, que é extremamente tecnológica e em contra partida cada vez menos proximal. Entendemos o transtorno depressivo como algo comum, e esperado.

Cresce então a emergência de uma terapia eficaz, que compreenda o desenvolvimento da patologia em todos os seus âmbitos. E que acima do combate aos sintomas, busque entender como o indivíduo e seus processos particulares podem manter e exacerbar o quadro depressivo.

Dessa maneira, a terapia cognitivo-comportamental surge como ferramenta importante não só no tratamento, mas também na compreensão do indivíduo e seu processo de adoecimento. Mostrando-se também, uma alternativa importante enquanto terapia cientificamente provada. Uma vez que diversos estudos corroboram sua eficácia.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, T. F.; DONADON, M. F.; BULLAMAH, S. K.; **Terapia cognitivo-comportamental e depressão: intervenção no ciclo de manutenção**, Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.15(1), p. 59-65, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais**. 5.ed(DSM-V). São Paulo: Artmed 2014.

ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. Itatiba: Casapsi Livraria e Editora Ltda, 2011.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2013.

CORDIOLI, A. V.; KNAPP, P. **A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais**, Revista Brasileira de Psiquiatria, v.30, p. 51-53, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas 2010.

KNAPP, Paulo; BECK Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Fundamentos da terapia cognitiva**, Porto Alegre, v.30, p. 54-64, 2008.

KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. São Paulo: Artmed, 2004.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: manual do terapeuta**. São Paulo: Artmed, 2006.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; CORDIOLO, V.; OTTO, M. W.; **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico**, Revista Brasileira de Psiquiatria, v.(30), p. 81-88, 2008.

MORENO, A. L.; CARVALHO, R. G. N.; **Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão**, Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.10(2), p.70-75, 2014.

MULULO, S. C. C.; MENEZES, G. B.; FONTENELLE, L.; VERSIANI, M. **Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social**, Revista de Psiquiatria Clínica, v. 36(6), p. 221-229, 2009.

NEIVA, Delander da Silva (Org.). **Metodologia do Trabalho Científico e da Pesquisa Científica**. 10.ed. ampl. rev. Paracatu: Faculdade Atenas, 2014. 307 f. Apostila.

NEIVA, Delander da Silva; MARQUEZ, Daniela de Stefani; OLIVEIRA, Wenderson Silva Marques de. **Manual de Elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): Projeto de Pesquisa/Monografia**. 14.ed. ampl. Ver. Paracatu: Faculdade Atenas, 2018. 90 f. Apostila.

POWELL, V. B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I. R.; SUDAK, D. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão**, Revista Brasileira de Psiquiatria, v.30, p. 73-80, 2008.

REY, G. J. F. D.; PACINI, C. A.; **Terapia Cognitivo-comportamental da Fobia Social: modelos e técnicas**, Psicologia em estudo, v.11, n.2 p. 269-275, 2006.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9.ed. São Paulo: Artmed, 2007.

SOARES, M. R. A. **A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada**, 2013. 41 f. Monografia (Especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo.

TUHLINSKI, Camila. Depressão será a doença mental mais incapacitante do mundo até 2020. **O Estado de S. São Paulo**, São Paulo, 10/10/2018. Disponível

em:<<https://emails.estadao.com.br/noticias/bem-estar,depressao-sera-a-doenca-mental-mais-incapacitantes-do-mundo-ate-2020,70002542030#targetText=O%20Brasil%20%C3%A9%20campe%C3%A3o%20de,doen%C3%A7a%2C%20segundo%20dados%20da%20OMS.&targetText=Em%202015%2C%2018%2C6%20milh%C3%B5es,transtorno%20de%20ansiedade%20no%20Brasil%E2%80%9D>>. Acesso em 15/10/2019, 2019.