

# Terapia cognitivo-comportamental da depressão na prática clínica: o modelo de Aaron Beck

[Vera Lúcia Bidone Lopes\\*](#)

---

## I - INTRODUÇÃO

De acordo com LEMGRUBER (1993), a definição clássica de psicoterapia é o tratamento por meios psicológicos de problemas de natureza emocional, no qual um profissional treinado deliberadamente estabelece relação específica com o paciente, com o objetivo de:

- remover, modificar ou retardar sintomas existentes;
- corrigir padrões de comportamentos desadaptados;
- promover o desenvolvimento e o crescimento positivo da personalidade.

Por esta definição, as técnicas psicoterapêuticas podem ser divididas em três diferentes abordagens:

- psicoterapias de apoio;
- psicoterapias reeducativas;
- psicoterapias reconstrutivas

O termo "psicoterapia" abrange assim todos os métodos de tratamento psicológico, inclusive a psicanálise, que representa a técnica psicoterapêutica reconstrutiva por excelência.

Entre as técnicas reeducativas, se encontra a terapia cognitivo-comportamental(TCC) que foi desenvolvida, aprimorada e extensamente difundida na Europa e nos Estados Unidos, nos últimos vinte anos, sendo atualmente considerada uma abordagem terapêutica fundamental em psiquiatria.

LIMA (1990) nos define "cognição" como um termo amplo, que se refere ao conteúdo dos pensamentos e aos processos envolvidos no ato de pensar. São aspectos da cognição as maneiras de perceber e processar as informações, os mecanismos e o conteúdo de memórias e lembranças, estratégias e atitudes na resolução de problemas.

GUIDANO, em LIMA (1990), em seu livro Processos Cognitivos e Distúrbios Emocionais, afirma que toda psicoterapia pode ser vista como um processo estratégico de mudança cognitiva, em que o terapeuta possibilita ao cliente desengajar-se de certas crenças e julgamentos que o controlam e considerá-los como hipóteses e teorias sujeitas à anulação e à mudança de lógica.

A terapia cognitiva foi elaborada por Aaron Beck e seus colaboradores, ao longo dos anos de 1963 a 1979, primeiramente para o tratamento da depressão. Atualmente, associa-se o enfoque comportamental. A terapia, então cognitivo-comportamental, trata, conforme ITO (1998):

- depressão
- fobia social
- fobias específicas
- transtorno de pânico
- transtorno de estresse pós-traumático
- transtorno obsessivo-compulsivo
- dependência de substâncias psicoativas
- disfunções sexuais
- transtornos alimentares
- transtornos de ansiedade na infância e na adolescência.

## **DEFINIÇÃO DE TERAPIA COGNITIVA**

Resumindo BECK e cols (1982), a terapia cognitiva é uma terapia ativa, diretiva, estruturada e limitada no tempo, em média com quinze a vinte sessões, cujos objetivos principais são: ensinar o paciente a reconhecer as cognições negativas e as conexões entre cognição, afeto e comportamento; examinar as evidências contra e a favor de pensamentos que são automaticamente distorcidos, imaturos e a substituir estas cognições por interpretações mais orientadas para a realidade.

## **TÉCNICA COGNITIVA**

Visa a definição das idéias distorcidas e sua relação com os afetos; busca também a demonstração dos pensamentos automáticos e suas conseqüências negativas na vida do paciente. Entende-se por pensamentos automáticos maneiras de pensar que decorrem de conceituações distorcidas e de crenças disfuncionais (esquemas), geralmente originadas na infância. Por exemplo: um menino, aos quatro anos, foi ao cinema; quando chegou em casa, soube que seu pai morreria. Aos seis anos, na volta do cinema, novamente a notícia de uma tragédia: sua mãe morreria. Nesta situação, estereotipada, para elucidar bem os conceitos, é fácil compreender-se que o esquema mental que pode daí originar-se é: "Cada vez que vou ao cinema, acontece uma tragédia na minha vida." Mais tarde, ao pensar em ir ao cinema, a pessoa pode ser invadida por uma grande ansiedade, que é secundária ao seguinte pensamento automático: "Ir ao cinema é muito perigoso, mata as pessoas que amo."

"Isto implicará, também automaticamente, uma repercussão, em nível comportamental, de evitação da situação "perigosa".

Neste processo mostra-se para a pessoa a injustificabilidade e a natureza autodestrutiva de determinados padrões de funcionamento. Na medida em que vão diminuindo as distorções, o paciente vai buscar soluções mais adaptadas, mais de acordo com suas limitações e capacidades reais.

As manifestações transferenciais são vistas por Beck como prioridades. Em especial no início da terapia, os sentimentos do paciente em relação à terapia e ao terapeuta são questionados diretamente. Ao longo da terapia são abordados os aspectos que possam obstruir o trabalho bem como os que forneçam reforço positivo à tarefa terapêutica.

A transferência não é encorajada, o terapeuta deve se mostrar realisticamente para diminuir idealizações. A ênfase é no papel educacional do tratamento (BECK e cols, 1982).

## **TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS**

Conforme ITO (1998), o objetivo do emprego dessas técnicas é a produção de mudança nas atitudes e na auto-imagem negativa do paciente. À medida que o resultado contradiz as idéias negativas, o paciente gradualmente se torna menos seguro da validade destas crenças e fica mais motivado a tentar outras atribuições mais complexas. Estes métodos podem ser encarados como experiências destinadas a testar as crenças e as idéias do paciente.

Cada transtorno tem um modelo cognitivo-comportamental típico e requer algumas técnicas comportamentais específicas.

Exemplos de técnicas:

- transtorno de pânico: relaxamento, respiração, exposição (dessensibilização, na imaginação);
- transtorno de estresse pós-traumático: idem, acrescidos de exposição ao vivo;
- dependência de drogas: idem, acrescidos de descondicionamento.

## **II - IMPORTÂNCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Dados atuais sugerem que os transtornos depressivos acrescidos dos ansiosos acometem, ao longo da vida, 20 a 30% da população (ITO, 1998). Isso em termos de gastos em saúde implica centenas de milhões de dólares, sendo que a maior parte recai sobre a modalidade de psicoterapias.

Por outro lado, sabe-se que pouco mais da metade dos pacientes mostra nítida melhora com drogas. Além disso, impedimentos clínicos e efeitos colaterais afastam um percentual significativo de pacientes do benefício do tratamento com drogas. Foi

considerado ainda que a taxa de recaída com esta modalidade é elevada e que o índice de suicídio não declinou (ITO,1998).

Diante do exposto, o desenvolvimento de uma modalidade de psicoterapia eficaz para a depressão, sendo estabelecidas suas indicações e contra-indicações, de baixo custo e de número reduzido de sessões, seria de enorme importância para o tratamento desta condição.

### **III - BREVE HISTÓRICO**

A Terapia Cognitiva tem suas origens em correntes filosóficas e religiões antigas como o estoicismo grego, taoísmo e budismo que postulavam a influência das idéias sobre as emoções. Afirmavam que os homens não eram perturbados pelas coisas, mas sim pela visão que tinham das mesmas, e que as idéias não só podiam controlar os sentimentos mais intensos de uma pessoa, como também eram capazes de modificá-los (Beck e cols, 1982).

Mais modernamente, segundo BECK e RUSH (1999) e KARASU (1990), a ênfase da experiência consciente subjetiva proveniente do movimento fenomenológico e as teorias comportamentais contribuíram para o enfoque cognitivo. Trabalhos de Alfred Adler, George Kelly e Albert Ellis forneceram alguns dos conceitos básicos para a terapia cognitiva ( BECK,1982; KARASU,1990).

Adler ressaltou a necessidade do entendimento da experiência consciente. Experiências reprimidas, como traumas sexuais infantis, não são tão decisivas em psicopatologia como a percepção e o significado atribuído pelos indivíduos a estes mesmos eventos.

George Kelly e Albert Ellis enfatizaram o papel das cognições no comportamento e propuseram formas de tratamento. Segundo Kelly (1955), a terapia visa alterar, através de confrontações, as construções pessoais errôneas que prejudicam a vida do indivíduo. Ellis (1962)propõe o ataque direto às crenças irracionais do paciente, para torná-lo consciente de sua presença e conseqüências.

LIMA (1990) citou que, em fins da década de 50, Aaron Beck, insatisfeito com a formulação psicanalítica das neuroses, principalmente do conceito de depressão e com a longa duração do tratamento, iniciou com os pacientes deprimidos uma série de pesquisas e observações clínicas sistemáticas. Este seu trabalho, junto à Universidade da Pensilvânia, EUA, deu origem ao livro Depressão: Causas e Tratamento (1972). Nele Beck delinea seu modelo cognitivo e a Terapia Cognitiva da Depressão. Sua formulação da depressão foi focalizada no conteúdo do pensamento negativo do deprimido: autopunição, exacerbação dos problemas externos e desamparo, como sintomas mais proeminentes. Mostrou que os aspectos cognitivos eram mais centrais nas depressões e mais verificáveis que os processos dinâmicos (motivacionais) então postulados. Nove anos mais tarde, ele detalhou melhor os princípios da TC. Em colaboração com outros terapeutas, Beck elaborou um manual para o tratamento da depressão, Terapia Cognitiva da Depressão (1979). Este contém o resumo das técnicas

cognitivas desenvolvidas ao longo de vinte anos de trabalho clínico e de pesquisa empírica.

#### **IV- O MODELO COGNITIVO DE BECK PARA DEPRESSÃO**

São os pensamentos distorcidos idéias e imagens a base dos sintomas da depressão. O enfoque cognitivo não se preocupa com as causas e motivações de uma determinada patologia. Enfatiza as mal-adaptações na estrutura cognitiva do indivíduo e os mecanismos defeituosos de processamento de informação em uma determinada doença, a exemplo da depressão ( BECK e cols, 1982).

A terapia cognitiva busca tratar a depressão a partir do entendimento de que os sintomas são o resultado de distorções cognitivas isto é de um modelo cognitivo disfuncional.

FUNDAMENTOS:

I-Tríade cognitiva;

II- Organização estrutural do pensamento depressivo;

III- Erros lógicos ou processamento falho de informações.

##### **I -Tríade cognitiva:**

É a forma como o indivíduo vê a si mesmo, o mundo e o seu futuro. Na de depressão, pela visão essencialmente negativa,geram-se os sentimentos de desvalia, auto-acusação ou derrota. O indivíduo passa a se sentir e comportar conforme essas percepções distorcidas.

##### **II - Organização estrutural do pensamento depressivo:**

A tríade cognitiva surge a partir de esquemas, que são crenças ou conceitos inflexíveis um conjunto de elementos cognitivos disfuncionais), modelados em experiências anteriores na vida e que armazenam pensamentos desadaptativos, na forma de pressuposição e premissas. As premissas referem-se a uma instância precocemente formada no desenvolvimento da personalidade, que pode ser acionada a partir de estímulos internos e externos, e dita a forma como o indivíduo pensa frente às diferentes situações de sua vida.

Beck descreve seis categorias de premissas na depressão:

1. "Para ser feliz devo ser aceito por todas as pessoas".
2. "Para ser feliz devo obter sucesso em tudo que faço".
3. "Se eu errar, isso significa que sou incapaz".
4. "Não posso viver sem uma outra pessoa".

5. "Se alguém discorda de mim, isso significa que não gosta de mim".

6. "Meu valor como pessoa depende do que os outros pensam de mim".

### III - Erros lógicos ou processamento falho de informações:

São o resultado de um esquema hiperativo e da interpretação errônea de eventos, que reforçam a tríade cognitiva. Esses erros correspondem às conclusões das premissas. Eles preservam, na pessoa deprimida a crença na validade de seus conceitos, a despeito de evidência contraditória. São descritos nas seguintes categorias:

- **Inferência arbitrária:** (conjunto de respostas) refere-se ao processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la, ou quando as provas são contrárias à conclusão.
- **Maximização ou minimização:** (conjunto de respostas) refletem-se em erros na avaliação do significado ou magnitude de um acontecimento, grosseiros a ponto de se constituírem em distorções.
- **Pensamento dicotomizado ou absolutista:** (conjunto de respostas) manifesta-se na tendência a colocar todas as experiências em uma de duas categorias opostas, por exemplo, perfeito ou defeituoso, imaculado ou imundo, santo ou pecador. Na descrição de si mesmo o paciente seleciona a categorização negativa extrema.
- **Hipergeneralizações:** (conjunto de respostas) refere-se ao padrão segundo o qual se chega a uma regra ou conclusão geral na base de um ou mais incidentes isolados, e se aplica o conceito, em espectro amplo, a situações relacionadas e não relacionadas ao(s) incidente(s).
- **Personalização:** (conjunto de respostas) diz respeito à propensão do paciente a relacionar ocorrências externas a si mesmo, quando não existe base para estabelecer essa relação.
- **Abstração seletiva:** (conjunto de estímulos) consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais salientes da situação e conceituando a totalidade da experiência com base nesse fragmento.

Para o enfoque cognitivo, os estímulos desencadeantes da doença podem ser variados e concomitantes, tanto internos como externos. Eles acionam os esquemas e sobrevém, no caso, a depressão. Emergem na consciência os pensamentos automáticos desadaptativos. Dependendo da gravidade da depressão, tornam-se autônomos e extremamente ativos e prevalentes sobre as demais cognições.

### V- PRINCIPAIS ASPECTOS DA TERAPIA COGNITIVA PARA DEPRESSÃO

Como em qualquer forma de terapia, na cognitiva também se aplicam os princípios básicos da relação terapêutica: calor humano, empatia, autenticidade.

#### **INDICAÇÕES:** (BECK e RUSH, 1999)

- Para qualquer tipo de depressão, quando não há prejuízo do teste da realidade. É decidido se será instituída a TCC ou (se haverá) a sua combinação com antidepressivos.
- É eficaz para o tratamento de pacientes unipolares, não psicóticos. Depressões crônicas respondem com mais dificuldade do que as agudas.
- Indicações claras da TCC para depressão: fracasso medicamentoso; presença de efeitos colaterais intoleráveis ou impossibilidade clínica de uso de medicação; associada aos antidepressivos e como tratamento combinado visando adesão ao tratamento.
- As depressões que acompanham doenças físicas, especialmente em pacientes sem história psiquiátrica prévia, parecem responder rapidamente à TCC (BECK e RUSH, 1999).

#### **CONTRA-INDICAÇÕES:**

Para pacientes com sintomas psicóticos, déficits de memória, como nas síndromes cerebrais orgânicas, baixo nível intelectual e transtornos de personalidade severos (BECK e RUSH, 1999).

#### **VI- ASPECTOS DA TÉCNICA**

Para a identificação das situações relevantes de modo realista, a dupla paciente-terapeuta estabelece uma tática conjunta, com escolha de exercícios e/ou técnicas que aumentam a capacidade do paciente em olhar tanto a realidade externa como dentro de si mesmo ( BECK e cols, 1982).

A abordagem usada é a do li "*empirismo colaborativo*", na qual o terapeuta é continuamente ativo, em interação com o paciente. Esse esforço colaborativo é baseado no processo de "*descoberta guiada*", em que são feitas perguntas simples em série, de forma a levar o paciente a questionar seus problemas e desenvolver novas formas de lidar com eles (LEMGRUBER, 1993).

**Período de avaliação:** Fornecimento de folheto com conceitos gerais da terapia cognitiva e seu funcionamento; informações quanto à depressão, como reconhecer um pensamento automático, os tipos de distorção do pensamento que são comuns nesta patologia e a relação entre os pensamentos automáticos e os sentimentos depressivos.

**Ponto de partida do tratamento:** Escolha de sintomas-alvo, que expressam as distorções de pensamento daquela pessoa. Como estes sintomas causam sofrimento, eles são significativos na situação atual do paciente. Portanto, a terapia

inicia e se mantém conectada ao momento atual de vida da pessoa em todo o curso do tratamento.

**Desde o início:** Tabela de atividades. O paciente vai listar suas principais ocupações do dia. Escolherá uma para realizar, avaliando-a quanto ao seu grau de mestria e prazer. (Mestria = a sensação de poder fazer algo, de ter capacidade; prazer = o grau de satisfação ao realizar a tarefa).

**Ao longo:** Podem ser usadas técnicas comportamentais e/ou cognitivas. Nos pacientes com depressão grave, é indicado usar preferencialmente as técnicas comportamentais (tarefas de casa). À medida que acontece um alívio sintomático, intensifica-se o enfoque cognitivo (discussão das distorções do pensamento à luz da lógica).

**Início de cada sessão:** A dupla faz breve resumo da sessão passada e escolhe tópicos a serem abordados (agenda). Podem constar da agenda os sintomas-alvo, os sentimentos despertados na execução de uma tarefa de casa, algum elemento da tabela de atividades, etc. Ao final da sessão, se necessário, é combinada uma nova tarefa de casa.

## **VII-CONCLUSÕES**

Beck, com seus estudos sobre a depressão, nos conduziu a voltarmos nossa atenção para a maneira disfuncional com que nossos pacientes depressivos pensam. Por funcionarem de uma forma pessimista, muito sedimentada em mecanismos de culpa inconsciente, onde o castigo "tarda mas não falha" notamos que estas pessoas, nos mais diversos graus, demonstram ter graves distorções nas suas formas de pensar. Poder ajudá-las a perceber essa maneira errada de encarar e interpretar as coisas, a detectar seus esquemas mentais e pensamentos automáticos disfuncionais, que tanto prejudicam as suas vidas, é sem dúvida, mais um instrumento terapêutico importante no tratamento da depressão, assim como de outros problemas psiquiátricos já citados.

O enfoque cognitivo visa propiciar a vantagem de alívio imediato dos sintomas, buscando resultados rápidos, o que é muito importante. Sua natureza estruturada, diretiva, objetiva e planejada, aliada à relação terapêutica estabelecida, poderiam ser os aspectos que auxiliam os pacientes a se organizarem em torno de uma meta. Porém a estrutura, e a forma como se desenvolve, pode ser considerada como muito simplificada, porque a história passada do indivíduo e os seus conflitos não são abordados extensivamente. A redução sintomática pode ser insuficiente ou até mesmo temporária. Os aspectos específicos da TCC que contribuem para o tratamento, o modo como opera na melhora dos sintomas, sua eficácia frente aos antidepressivos ou sua associação com eles ainda requerem estudos. Porém, a literatura relata evidências favoráveis ao seu emprego, parecendo ser uma modalidade terapêutica promissora.

Estima-se que alguns elementos da TCC já são utilizados na prática psicoterápica mesmo de outros referenciais teóricos uma forma que passa despercebida a intenção de usá-la, até para o próprio terapeuta.

Mesmo não aplicada na íntegra, estudo da TCC implica contribuições ao trabalho clínico. O enfoque cognitivo-comportamental é bastante apropriado e útil para ser usado até como mais um instrumento psicoterapêutico. Como já foi dito, o esclarecimento mais aprofundado do modo como o paciente pensa, de como distorce suas idéias, sem dúvida é fundamental para ele ver com adequação a realidade. Uma visão mais abrangente da inter-relação dos processos cognitivos, emocionais e comportamentais deveria ser incluída dentro da abordagem integralizada da psiquiatria moderna, em que tanto se valorizam os aspectos que complementam os diversos componentes biológicos, psicológicos e sociais do processo de doença.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BECK, A T. Depression: causes and treatment. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 1972.
2. BECK, A-T-, RUSH A J. et ai. Cognitive therapy of depression .Nov Guilford Press, 1 979 .
3. \_\_\_\_\_ Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
4. \_\_\_\_\_ in KAPLAN H. L., SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatria. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. V. 2.
5. ELLIS, A. Reason and emotion in psychotherapy Nova York: Lyle Stuart, 1962.
6. ITO, L M. Terapia Cognitivo-comportamental para Transtornos Psiquiátricos. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
7. KARASU, T B. Towards a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry, 147: 133 - 147,1990.
8. KELLY, G. The psychology of personal constructs. Nova York: Norton & Co,1955.
9. LEMGRUBER, V. Terapia Cognitiva da Depressão. Inform Psiq, 12 (1): 14-18,1993.
10. LIMA, M V O. Terapia cognitiva da depressão. J Bras. Psiq,39 (supl.1):79-82,1999.

## **RESUMO**

*O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão dos principais aspectos do enfoque cognitivo, elaborados por Aaron Beck e seus colaboradores, para tratamento de vários transtornos psiquiátricos. São explorados o modelo*

*cognitivo, o componente comportamental, o uso clínico desta modalidade de terapia, bem como aspectos de sua técnica.*

### **ABSTRACT**

*This study has the objective to present a review of the main aspects of the cognitive approach, elaborated by Aaron Beck and his collaborators, to treat several psychiatric disorders. The cognitive model, comportamental aspect, clinical use of the therapy, as well the technique are also here considered.*

*Unitermos: Aaron Beck, depressão, técnicas psicoterápicas, terapia cognitivo-comportamental.*

*Uniterms: Aaron Beck, depression, psychoterapic techniques, cognitive-behaviour therapy.*

*Title: Clinical practice of cognitive-behaviour techniques in depression: the Aaron Beck model.*

---

Endereço para correspondência:  
Vera Lúcia Bidone Lopes  
Rua Gregor Mendel, 105  
90480-150 - Porto Alegre - RS  
Telefax: (0xx51) 328-8416  
E-mail: [lopes@starmail.com](mailto:lopes@starmail.com)

---

\* Psiquiatra, professora do Curso de Especialização em Psiquiatria do CEJBF - FFFCMPA e Mestre em Psiquiatria pela UFRJ