

VÍNCULO TERAPÊUTICO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA CLÍNICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: REVISÃO DA LITERATURA¹

Ana Claudia Ribeiro da Rocha²
Auxiliatrice Caneschi Badaró³

RESUMO:

Nos dias atuais, tratar a depressão exige intensificação de conhecimentos, pois ocupa lugar de destaque junto as suas mais variadas formas. Este transtorno afasta as pessoas do convívio familiar, da sociedade e do trabalho. Além disso, compromete o bem-estar e incapacita o indivíduo para uma vida digna. Uma das características atraentes da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é o emprego de um estilo de relação terapêutica voltada para a ação, do empirismo colaborativo e de um tipo específico de vínculo, sempre voltados para a promoção da mudança cognitiva e comportamental. Assim, este estudo centra-se em discutir o vínculo terapêutico como ferramenta clínica para o tratamento da depressão a partir da abordagem da TCC. Sem recorte temporal, o percurso teórico contou com uma abordagem qualitativa, utilizando-se de uma revisão narrativa da literatura. Frente à fundamentação teórica, observou-se que, na TCC, os terapeutas, juntamente com o vínculo terapêutico, oferecem ao paciente o melhor contexto para aprender a superar seus problemas. Portanto, o vínculo terapêutico torna-se uma ferramenta clínica primordial para o sucesso do tratamento da depressão. Dessa forma, foi possível contribuir para a pesquisa e para a prática clínica, trazendo mais elementos e reflexões sobre a temática. Quanto à produção de conhecimento, este estudo se situa como relevante para a formação do estudante e, em diálogo com os autores pesquisados, contribuir para o crescimento de todos os terapeutas.

Palavras-chave: Depressão. Vínculo terapêutico. Terapia Cognitivo-Comportamental.

THERAPEUTIC BIND IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AS CLINICAL TOOL IN THE TREATMENT OF DEPRESSION: LITERATURE REVIEW¹

ABSTRACT:

Nowadays, treating depression requires intensifying knowledge, as it occupies a prominent place in its most varied forms. This disorder distances people from family life, society and work. Furthermore, it compromises the well-being and incapacitates the individual for a dignified life. One of the attractive features of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is the use of an action-oriented style of therapeutic relationship, a

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 13/11/2021 e aprovado, após reformulações, em 16/11/2021.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: anaclar2@hotmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br.

specific type of bond, collaborative empiricism, which is aimed at promoting cognitive and behavioral change. Thus, this study focuses on discussing the therapeutic bond as a clinical tool for the treatment of depression from the CBT approach. Without a time, frame, the theoretical path had a qualitative approach, using a narrative literature review. In view of the theoretical foundation, it was observed that, in CBT, therapists, together with the therapeutic bond, offer the patient the best context to learn to overcome their problems. Therefore, the therapeutic bond becomes an essential clinical tool for the successful treatment of depression. In this way, it was possible to contribute to research and clinical practice, bringing more elements and reflections on the subject. As for the production of knowledge, this study is relevant for the formation of the student and, in dialogue with the researched authors, contributes to the growth of all therapists.

Keywords: Depression. Therapeutic bond. Cognitive behavioral therapy.

1 INTRODUÇÃO

A depressão mostra-se como um fenômeno progressivo, atingindo diferentes públicos sem diferenciar sexo, classe econômica ou faixa etária, tanto que é retratada como o mal do século XXI (CARDOSO, 2011). Há duas décadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), já previa que a depressão seria a segunda maior causa de incapacitação para o trabalho, perdendo apenas para doenças cardíacas.

O indivíduo com depressão apresenta tristeza persistente, desinteresse pelas atividades que gostava anteriormente, além de uma incapacidade de realizar atividades cotidianas por um período de pelo menos duas semanas. A depressão é um transtorno caracterizado por alterações do humor e/ou do afeto, podendo ser acompanhado por irritabilidade, sentimento de vazio, anedonia, dificuldades cognitivas, comportamentais e neurovegetativas. Normalmente, em consequência da depressão, as pessoas podem apresentar perda de energia e alterações no apetite, mudanças no padrão de sono, diminuição da concentração, indecisão, inquietação, sentimento de inutilidade, culpa, desesperança e pensamentos de autoagressão e suicídio (OPAS/OMS, 2020).

Dessa forma, é importante levar em conta os apontamentos apresentados pelo precursor da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) Aaron Beck e seus colaboradores em 1979, que destacam como relevante a existência de conduções individualizadas para o tratamento da depressão. É fato notório que a relação

terapêutica é um elemento determinante para a fundamentação de pressupostos teóricos das abordagens terapêuticas, as quais tem-se conhecimento na contemporaneidade, visto que, desde o início do século XX, já é debatido o conceito de aliança terapêutica e/ou vínculo terapêutico (ALVES, 2017).

Considerando as distintas abordagens e concepções teóricas que o terapeuta pode se vincular, há diferentes maneiras de se estabelecer e formular o vínculo terapêutico. Existem posturas direcionadas estritamente para aspectos inerentes à competência do terapeuta, e outras que se utilizam da empatia e da afetividade como recurso para uma boa relação na terapia (MAIA *et al.*, 2017).

O tema “vínculo terapêutico” é caro às diversas abordagens da psicoterapia, apresentando, desse modo, diferentes espaços e relevâncias. Contudo, o lugar dado aos estudos sobre o vínculo terapêutico na TCC precisa de maior detalhamento e amplitude, a fim de que se compreenda como os estudiosos dessa abordagem descrevem a importância desse vínculo para o resultado do tratamento do paciente. Por essa razão, devido à abrangência e complexidade da temática, neste estudo, estabelece-se o recorte do vínculo terapêutico no tratamento da depressão a partir da abordagem psicoterapêutica da TCC.

Partindo do princípio que a TCC enfatiza e valoriza a importância do vínculo terapêutico e os aspectos humanos dessa interação, este estudo centra-se em discutir o vínculo terapêutico como ferramenta clínica para o tratamento da depressão a partir da abordagem da TCC. Mais especificamente, demonstrar os aspectos biopsicossociais da depressão e a necessidade da intervenção psicoterapêutica; apresentar a TCC e suas contribuições teóricas sobre o vínculo terapêutico na prática clínica; esclarecer os conceitos que estão diretamente ligados ao vínculo terapêutico na TCC, e; investigar como o vínculo terapêutico pode influenciar no resultado do tratamento da depressão nessa abordagem psicoterapêutica. Para atingir estes objetivos, o percurso teórico contou com uma abordagem qualitativa, utilizando-se de uma revisão narrativa da literatura. As bases de dados para a pesquisa foram selecionadas por conveniência e pela relevância nas áreas da Psicologia e da Saúde. Portanto, foram pesquisados estudos em Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), *American Psychological Association (APA PsycInfo)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e PubMed via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

2 DEPRESSÃO: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS E A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

O relatório da *World Health Organization* (WHO) publicado em 2017, já preconizava que a depressão seria, nos dias atuais, a doença mais comum em todo o mundo, o que demonstra a relevância de se buscar meios de apoio e tratamento. E, conforme descrito por Rufino *et al.* (2018), a depressão é um problema primordial de saúde pública e pode ser caracterizada por um conjunto de sintomas emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos. Há maior recorrência em mulheres tendo em vista a oscilação hormonal pertinente a este grupo. Trata-se de uma doença que pode ser desenvolvida em qualquer fase da vida humana, necessitando, portanto, de tratamento precoce para o não agravamento do quadro clínico.

Embora sejam bem detalhados no campo clínico, os sintomas e os efeitos da depressão, no senso comum, ainda são muito difundidas as ideias de que a depressão está relacionada à preguiça, à frescura ou até mesmo à falta de fé (BOING *et al.*, 2012; SANTOS; SILVA, 2021). Tais colocações equivocadas prejudicam o tratamento do paciente que, sem informações precisas sobre o seu quadro, se inibe quanto à busca por tratamento adequado (SANTOS; SILVA, 2021). De acordo com Ferreira *et al.* (2017), em um estudo referente aos resultados do Projeto “Sim para a Vida”⁴, tendo em vista o público participante do projeto, a maioria das pessoas afirma saber sobre a doença, contudo, a partir das questões realizadas ao público da pesquisa, o saber afirmado anteriormente mostrou-se superficial, o que mascara a condição de gravidade da doença. De acordo com os autores, poucas pessoas demonstram saber as causas da doença, seus sintomas e formas de tratamento.

Nos aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento, a depressão tem alto impacto na vida do paciente e de seus familiares, com importante comprometimento (MURRAY; LOPEZ, 1996). Mesmo sendo considerada o mal do século, Boing *et al.* (2012) descrevem que a depressão tem sintomas evidenciados

⁴ O projeto “Sim para a Vida” nasceu de uma grande necessidade da região sudeste de Goiás, especificamente em Catalão, de conscientizar e orientar adolescentes e jovens sobre a doença Depressão, e contribuir para a diminuição nos índices de suicídios (FERREIRA *et al.*, 2017).
[CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 779-803, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

desde a antiguidade, nos quais eram relacionados a pretextos religiosos e intelectuais, estabelecendo relações com problemas fisiológicos, evidenciados na saúde mental. Nota-se que, tanto na atenção básica quanto na secundária, a partir de descobertas medicamentosas consideradas como “pílulas da felicidade”, acessivelmente adquiridos e de rápidos resultados, é uma das mais utilizadas terapias, causando, conseqüentemente, grande dependência (OPAS/OMS, 2020; RUFINO *et al.*, 2018) e tornando o comércio de psicotrópicos crescente (RUFINO *et al.*, 2018).

De acordo com Baptista (2004), no que se refere aos transtornos de humor ocasionados pela doença, eles devem ser avaliados como multifatoriais, ou seja, geralmente dependem de diversos fatores para serem desencadeados. Esses fatores aumentam a probabilidade de ocorrência de depressão, no entanto, não se deve vinculá-los a uma visão determinista, pois os fatores de risco podem aumentar a probabilidade de desencadeamento de um episódio depressivo em um indivíduo, e tal fato pode não ser verdadeiro para um segundo indivíduo. Portanto, no entendimento de Melo, Siebra e Moreira (2017), os fatores de risco são sinalizadores que podem favorecer a implantação de serviços especializados, tanto de prevenção quanto de proteção, no apoio às pessoas que possuem maior chance de desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Quando se trata dos aspectos biológicos, algumas hipóteses são formuladas para explicar a depressão enquanto patologia. Uma delas é a hipótese monoaminérgica, que relaciona a doença como consequência da diminuição da noradrenalina e da serotonina – ou seja, dos neurotransmissores – nas sinapses. Esses neurotransmissores, quando são liberados nas sinapses, podem passar por um processo de recaptção e, assim, serem destruídos no neurônio pela ação da enzima monoaminaoxidase (GRUBITS; GUIMARÃES, 2007).

A atuação da noradrenalina na depressão corrobora tal hipótese, tendo em vista o declínio de receptores betabloqueadores, além da eficácia dos fármacos noradrenérgicos. Já a influência da serotonina pode ser observada pela eficiência dos Inibidores Seletivos da Recaptção de Serotonina, presentes nos antidepressivos. Constata-se que a alteração das taxas desses neurotransmissores está associada à ansiedade, impulsividade e à perda de energia, sintomas comuns em casos de depressão. Por outro lado, as taxas de dopamina no sistema límbico e no córtex pré-

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 779-803, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483

frontal estão atreladas ao sistema de recompensa, considerando os aspectos relacionados à motivação, ao controle da emoção e de estratégias comportamentais (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Outra hipótese a ser considerada é a biológica-genética. Nela, os receptores dos neurotransmissores são a parte mais afetada, resultando em sua diminuição e em uma alteração em sua sensibilidade. Uma deficiência das aminas biogênicas, nesse caso, teria como consequência a hipersensibilidade dos receptores monoaminérgicos que, como resposta, reduzem a síntese das substâncias na fenda sináptica (GRUBITS; GUIMARÃES, 2007). Conforme Quevedo e Silva, (2013), os principais neurotransmissores monoaminérgicos, tais como a noradrenalina, serotonina e dopamina atuam no funcionamento do sistema neuroendócrino e sua limitação pode ocasionar o transtorno depressivo.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) descreve oito transtornos depressivos, os quais diferem em relação a sua duração, momento ou etiologia presumida, e tem em comum o humor triste, vazio ou irritável, além de mudanças somáticas e cognitivas. O transtorno depressivo maior retrata o quadro clássico desse grupo de transtornos, mostrando as alterações perceptíveis no afeto, na cognição, nas funções neurovegetativas, da mesma forma que as remissões interepisódicas expondo a agravos funcionais (MANUAL [...], 2014). A classificação detalhada do Código internacional de Doenças (CID-11) apresenta as reações depressivas como sendo episódios depressivos, transtornos depressivos, distímia e outros transtornos de humor. Muitos desses episódios têm subdivisões que envolvem graduação e etiologia, segundo a gravidade dos sintomas (WHO, 2019).

Assim, torna-se importante afirmar que o transtorno depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave, a depender do número de episódios e da intensidade dos sintomas. Um indivíduo com um caso leve de depressão poderá ter certa dificuldade em manter atividades sociais e de trabalho, mas sem maiores perdas no desempenho global. Porém, nas crises depressivas de maior gravidade, é pouco provável que a pessoa deprimida consiga continuar com atividades simples do dia a dia. Ainda que existam intervenções bastante eficazes para depressão, menos de 50% das pessoas com esse transtorno recebe tais tratamentos (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2020), a depressão é um transtorno mundialmente comum. Mensura-se que mais de trezentos milhões de pessoas sejam afetadas por essa doença. Em se tratando do quadro depressivo, não se apontam apenas habituais alterações de humor e respostas emocionais passageiras às dificuldades da vida diária. Por outro lado, discute-se especialmente que, com a longa duração e com a intensidade moderada ou grave, a depressão pode resultar em uma crítica condição de saúde. A depressão causa à pessoa demasiado sofrimento, ocasionando impactos negativos nas mais diversas esferas da vida social. Jovens de 15 a 29 anos acometidos pela depressão têm maior risco de suicídio. Aproximadamente, oitocentas mil pessoas no mundo morrem ao ano por suicídio.

Um levantamento do estado da arte nesta temática foi realizado por Melo, Siebra e Moreira (2017), demonstrando alto índice de prevalência da depressão entre os adolescentes com média de 16 anos. Para estes autores, isto significa um problema de saúde pública, sobretudo pela condição de reincidência. Logo, “[...] considerar uma situação estressora ou não dependerá diretamente do indivíduo, refletindo, assim, em uma variedade de possibilidades [...]” (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017, p. 24). Essas colocações dos autores refutam de modo definitivo a hipótese do senso comum acerca da suspeição da gravidade da doença e da manipulação dos sintomas por parte dos pacientes.

No entanto, em países com características econômicas distintas, pacientes com depressão, constantemente não recebem o diagnóstico. E ao contrário, outros indivíduos sem este transtorno, frequentemente recebem o diagnóstico errado e utilizam de tratamentos desnecessários. Existem tratamentos eficazes para depressão moderada e grave (MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2017; OPAS/OMS, 2020; RUFINO *et al.*, 2018). Profissionais de saúde podem oferecer tratamentos psicológicos, como ativação comportamental, TCC e psicoterapia interpessoal ou medicamentos antidepressivos (OPAS/OMS, 2020; RUFINO *et al.*, 2018; SANTOS; SILVA, 2021). Os provedores de saúde devem ter em mente que, efeitos adversos associados aos antidepressivos podem ocorrer, existindo a possibilidade de oferecer um outro tipo de intervenção e preferências individuais (OPAS/OMS, 2020). Dessa forma, é importante evidenciar o período de duração e a intensidade dos sintomas

para que só então possa ser considerado quadro psicopatológico, uma vez que, frequentemente, momentos de tristeza, isolamento ou desânimo pode ser visto como depressão sem, no entanto, constar como indicadores reais para o quadro depressivo (SANTOS; SILVA, 2021).

O DSM-5 chama a atenção para que não se confunda quadros de tristeza e luto comuns à condição humana com a ocorrência da depressão maior, pois esse transtorno é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, marcado por alterações no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. Quando a perturbação no humor dura por pelo menos dois anos chama-se de transtorno depressivo persistente ou distímia, que é considerada a forma mais crônica da depressão (MANUAL [...], 2014).

Para o tratamento, Beck (1964) elaborou a TCC como um método prático e objetivo, direcionado para o momento atual do paciente e situações pontuais, conduzido para a solução de conflitos que ocorrem no presente, modificando pensamentos automáticos disfuncionais e promovendo a reestruturação cognitiva. Para compreender a depressão, tornou-se indispensável para o autor reter o foco nas vivências relevantes de desamparo e de desesperança. Conforme Beck *et al.* (1979), definiram o modelo cognitivo, o qual implica dois elementos básicos amparados na premissa de que os comportamentos e as emoções de uma pessoa são determinados, em parte, pela forma como ela interpreta os eventos e organiza suas cognições. O primeiro é a tríade negativa, onde a pessoa deprimida tende a criar uma visão negativa de si mesma, do presente e fazer previsões negativas do futuro. O segundo trata-se das distorções cognitivas, nas quais erros sistemáticos nas percepções e no processamento de informação, definem as experiências de vida do indivíduo de forma inflexível, invariante e irreversível.

Por fim, de modo a sintetizar a contextualização científica acerca da doença, recorre-se ao trabalho recente de Santos e Silva (2021). Os autores corroboram com o que fora apresentado neste tópico, afirmando que a depressão tem se constituído, nas últimas décadas, como um transtorno de humor cada vez mais prevalente e comum nos diversos ciclos vitais. Percebem, ainda, um número considerável de adolescentes acometidos pelos transtornos de humor, com o agravamento da ideação suicida, as tentativas e um número alarmante em sua letalidade, colocando um acento

nas relações construídas em redes sociais virtuais, como janela para o desenvolvimento da depressão.

Conforme o exposto, a discussão acerca de modos de tratamento para este transtorno de alta recorrência em todo o mundo mostra-se relevante. Considerando a importância da temática apresentada, os grupos de tratamentos e intervenções para depressão são amplos, destacando-se a TCC como um dos principais campos de estudo com reconhecimento clínico e científico.

3 A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foi desenvolvida entre os anos de 1959 e 1979 tendo como seus principais precursores o psiquiatra Aaron Beck e seus colaboradores (HOFMANN, 2015; RANGÉ, 2008). Beck organiza este método psicoterapêutico com base em três parâmetros. O primeiro é o de que a cognição influencia o comportamento humano. O segundo é o de que as formulações cognitivas podem ser acompanhadas e podem se modificar a partir do tratamento psicoterapêutico. E a terceira premissa, por sua vez, prevê que essa transformação no padrão de pensamento ocasiona a mudança no comportamento (BECK, 2008, 2013).

De acordo com as bases teóricas da TCC, as pessoas constroem crenças basilares durante a vida e, por meio delas, elaboram visões de si, do mundo e projetam o futuro. Nesse sentido, a principal frente de atuação da abordagem da TCC é a modificação das crenças que o indivíduo tem sobre si, para que, assim, consigam reelaborar os demais fatores (BECK, 2008). No entendimento de Marback e Pelisoli (2014), a TCC remete à suposição de que a forma como a pessoa interpreta o mundo influencia o comportamento e a afetividade. Nesta abordagem psicoterapêutica, decorre uma busca pela efetivação de recursos conscientes e pensamentos mais adaptativos e racionais, facilitando a resolução de problemas.

Nesse cenário, as cognições têm uma íntima relação com as respostas emocionais (WRIGHT *et al.*, 2019). Essa abordagem psicoterápica se estabelece no modelo cognitivo, em que uma situação promove pensamentos automáticos, que

associados geram sentimentos, comportamentos e reações fisiológicas (SOARES *et al.*, 2020). Os pensamentos automáticos ocorrem de forma imediata e espontânea, normalmente acompanhados de ideias equivocadas, levando a reações exageradas e fora de contexto, dando significado distorcido à uma determinada situação. Esse modo como uma situação é interpretada chama-se processamento cognitivo e é comum a todas as pessoas (AMORIM; PONIWAS; PERUZZO JR, 2017; BECK, 2013; BORTOLI; FRANCKE, 2018). Segundo Beck (2013) e Falcone (2008), os pensamentos automáticos são formados pelas crenças construídas durante o desenvolvimento do indivíduo e a partir das experiências vividas, podendo ser funcionais ou disfuncionais.

No sentido de reorganizar esses modelos automáticos de pensamento e as distorções cognitivas de um indivíduo, a TCC se apresenta como uma abordagem diretiva e ativa, eficaz para o tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos. O método atua diretamente na forma como o sujeito percebe e produz juízo de valor sobre o mundo em seu entorno. Acredita-se, na TCC, que as cognições têm relação direta com a forma como as emoções são demonstradas (BECK, 2013). Diante desses embasamentos, a TCC se propõe, portanto, ajudar o paciente a reconhecer os pensamentos automáticos disfuncionais e modificá-los. Substituir pensamentos disfuncionais por pensamentos alternativos, promovendo assim comportamentos mais adaptativos através da reestruturação cognitiva. (ABREU, 2008; BECK, 2013).

Uma ferramenta importante usada para ajudar na reestruturação cognitiva é a resolução de problemas, nela o paciente é guiado para encontrar, de forma mais adequada, estratégias para enfrentar as circunstâncias, procurando regular as emoções e diminuir o sofrimento. Tal ferramenta prepara o paciente para manejar suas emoções e respostas fisiológicas capazes de despertar angústia e alterarem seu processamento cognitivo (ABREU, 2008; BECK, 2013; CARDOSO, 2011). No que se refere à eficácia da TCC, Lotufo Neto *et al.* (2008) afirmam que há inúmeros estudos que demonstram a sua contribuição para os transtornos depressivos graves, para os transtornos ansiosos, alimentares, de abusos de substâncias, além de problemas de casais. Ademais, os autores afirmam que essa abordagem psicoterapêutica é de extrema relevância para o tratamento associado às medicações antidepressivas e,

sobretudo, para os pacientes que não podem utilizar ou não respondem a esse tipo de medicamento.

Friedberg, McClure e Garcia (2011) discutem que esse método terapêutico abarca uma série de técnicas que podem ser ensinadas ao paciente. Isso porque uma das características da TCC é que o paciente possa se tornar autônomo no seu processo terapêutico. A sequência pensamento-emoção-reação, o questionamento socrático e o registro de pensamentos disfuncionais são exemplos de técnicas. Conforme Guimarães (2008), as técnicas utilizadas na TCC ganharam notoriedade no contexto psicoterápico, tendo em vista a possibilidade de associação de técnicas e as variações entre as técnicas novas e antigas. A autora ressalta, contudo, que a escolha mais adequada de uma ou mais técnicas para um paciente exige uma extensa avaliação do paciente. Caballo (2014) afirma que é de extrema importância promover um ambiente acolhedor, tratando o paciente com respeito para que este se sinta inteiramente à vontade, facilitando a expressão dos mais íntimos sentimentos. Na TCC, a construção de uma relação sólida é um elemento indispensável para o tratamento. Nesse contexto, a relação se faz importante para estimular o paciente a transmitir o que pensa e sente, facilitando-o relatar situações ou episódios que lhe causam incômodo ou constrangimento.

Uma relação terapêutica de qualidade ajuda os pacientes a sentirem-se seguros o suficiente perante a memórias que causam sofrimento e sentimentos aterrorizantes. Uma vez consolidada, essa relação será determinada pela empatia, aceitação, cumplicidade e afinidade, possibilitando o terapeuta guiar o paciente em direção a diferentes maneiras de processar as informações, treinando-os para se manterem conscientes, regularem, refletirem, manejarem e transformarem as suas emoções (CARDOSO, 2011). Assim, é pertinente abordar a relação terapêutica como um vínculo facilitador da mudança psicológica, que conduz ao crescimento e bem-estar do paciente.

3.1 A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O uso de um vínculo terapêutico participativo, simples e dirigido para a ação é uma das características mais significativas da TCC. Em outras escolas de psicologia

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 779-803, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483

a relação entre terapeuta e paciente pode ser considerada o mecanismo principal para o tratamento. Na TCC, porém, um bom vínculo entre as partes é particularmente significativo para a mudança (BECK *et al.*, 1979). Marback e Pelisoli (2014) defendem que uma aliança terapêutica eficiente é o ponto chave para facilitar a implantação de estratégias mais pontuais como a resolução de problemas, a busca de uma rede apoio social, manejo das emoções, controle de impulsos e prevenção à recaídas. Contudo, é indiscutível conciliar o processo psicoterapêutico a outras intervenções, não menos importantes ao tratamento do paciente, como atuação no meio familiar, social e profissional do indivíduo, proporcionando sempre a melhora da sua saúde mental. Para Botega *et al.* (2006), somente através de condutas com índole acolhedora é que será possível oportunizar o interesse e a atenção, contribuindo para o empenho do paciente no processo psicoterápico e o avivamento de sentimentos de esperança.

Terapeutas cognitivo-comportamentais, tal qual as diversas outras respeitáveis abordagens de psicoterapia, procuram promover um clima de sinceridade, tratamento com afeto, consideração e empatia (BECK *et al.*, 1979; KEIJERS; SCHAAP; HOOUDIN, 2000; SOUZA; PADOVANI, 2015; MARTINS *et al.*, 2018; WRIGHT *et al.*, 2019). O empirismo colaborativo na TCC é um tipo específico de trabalho em que o vínculo terapêutico proporciona colaboração de ambas as partes em prol de investigar as situações causadoras do problema, buscando soluções mais adaptativas e no desenvolvimento da modificação cognitiva e comportamental (WRIGHT *et al.*, 2019).

Beck (2013) ressalta que a TCC leva em conta a fundamentação da aliança terapêutica pautada na empatia, no respeito e na cordialidade. O terapeuta, nessa concepção, atenta-se aos problemas atuais do paciente e nas situações que originam os seus sofrimentos e problemas. Para o desenvolvimento do tratamento, utiliza-se técnicas de reestruturação do humor e do comportamento. O fato de a TCC ser sustentada na relação colaborativa e centrada na empiria, ou seja, na ação concreta, justifica os esforços desta pesquisa. Destaca-se ainda, que os resultados da relação terapêutica em diversas abordagens de psicoterapia demonstram uma associação relevante entre o resultado do tratamento e o vínculo com o terapeuta. Chappa (2008), na perspectiva da TCC, afirma que o vínculo terapêutico deve orientar-se para a

descoberta focada no empirismo colaborativo, levando ao esclarecimento sobre a situação dos pacientes e favorecendo a detecção de pontos centrais ao tratamento.

De acordo com Krupnick *et al.* (1996), o sucesso do tratamento da depressão, por exemplo, é estritamente relacionado à qualidade do vínculo terapêutico, a despeito do tipo de abordagem e/ou tratamento utilizado. Por sua vez, Knapp e Beck (2008) entendem a aliança terapêutica como forma de estabelecer relações de confiança e empatia, bem como de familiarizar o paciente com o modelo e com as técnicas da TCC. Nesse sentido, percebe-se que a noção de relação terapêutica é difusa e abrangente.

Quanto à relação da TCC com o tratamento da depressão, muito do que se tratou de modo mais genérico pode ser também relacionado a essa psicopatologia. Mas de forma mais específica, Marback e Pelisoli (2014) asseveram ainda que um terapeuta ativo e assertivo com um plano de ação bem definido é agente preponderante para a mudança nas cognições, nas emoções e nos comportamentos dos pacientes. As autoras apresentam o trabalho de Brown *et al.* (2005), que trazem a informação de que pacientes apresentando sinais de desesperança após as intervenções de dez sessões de TCC reduziram em 50% a propensão ao suicídio quando comparados a um grupo que não recebeu esse tipo de tratamento. Dessa forma, sendo a TCC uma abordagem baseada em evidências e com características diretivas, é pertinente investigar como o vínculo terapêutico pode influenciar nos resultados do tratamento da depressão nessa abordagem psicoterapêutica.

4 O VÍNCULO TERAPÊUTICO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO FERRAMENTA CLÍNICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Os termos “relação terapêutica”, “aliança terapêutica” e “vínculo terapêutico” possuem definições e conceitos distintos, porém, na literatura pesquisada, estes se aproximam da nomenclatura “vínculo”, e por isso, neste estudo adota-se o termo “vínculo terapêutico”.

Assim, de acordo com a pesquisa de Souza (2012), com o avanço dos estudos na área de saúde mental, a aliança de trabalho pode ser categorizada em dois tipos

diferentes: a crença do paciente quanto ao apoio irrestrito do terapeuta em seu tratamento, sendo este apenas um ser passivo no processo, e; aquele em que o paciente tem a crença de que ele e seu terapeuta cooperam para a resolução dos problemas. Ainda, a relação terapêutica precisa considerar que os indivíduos em questão nessa relação interpessoal possuem funções diferentes. A autora em questão, firma que nessa relação interpessoal, um deles é o especialista na problemática humana, e o outro é quem testemunha diretamente na problemática humana peculiar. Porém, esses dois indivíduos que se relacionam necessitam buscar um diálogo com ritmo, gestos e posturas que facilitem a relação igualitária e respeitosa entre eles.

Para Souza (2012), o vínculo terapêutico se estabelece como resultado das atitudes dos indivíduos presentes na interação profissional/cliente. A construção desse vínculo mostra-se importante para o bom andamento da psicoterapia, visto que o sentimento de parceria é um dos elementos fundamentais para a confiança e a colaboração necessárias ao sucesso do tratamento da depressão. Como o conceito de vínculo terapêutico é fluido, embora seja central para o fazer da psicoterapia, há uma gama de trabalhos com definições e classificações para mensurar e avaliar os impactos do vínculo terapêutico no tratamento de um indivíduo.

Na TCC, o vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta é construído em uma perspectiva em que ambos possuam papéis ativos e colaborativos no tratamento. O objetivo desse vínculo, para além de contribuir para a solução de problemas do paciente, é favorecer a inserção de técnicas e estratégias que auxiliem o indivíduo a processar e dar respostas funcionais às suas tarefas e metas, pertinentes às etapas de seu tratamento (ALVES, 2017). Nesse sentido, para Conte e Brandão (2008), o vínculo terapêutico contribui para o desenvolvimento do autoconhecimento. Ademais, a relação terapêutica pode ajudar no desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança do paciente, o que pode levar a construção de habilidades sociais para as suas contingências mais relevantes. O indivíduo, a partir de uma relação terapeuta-cliente saudável e equilibrada, pode aprender a cooperação e “assentir comportamentos geralmente ausentes e fracos” (CONTE; BRANDÃO, 2008, p. 28). Para Beck e Freeman (1993), o terapeuta cognitivo deve ter compreensão sobre a transferência para reconhecer esquemas disfuncionais além de buscar indicativos de

uma “cognição transferencial”, pois tais comportamentos contribuem para conhecer questões internas do indivíduo, contribuindo de forma intensa para a compreensão das interpretações e crenças que se encontram nas reações próprias do paciente. De outra forma, se não forem devidamente investigadas, as construções distorcidas perduram, influenciando de forma negativa na cooperação.

Meyer e Vermes (2008) discutiram que o sucesso de um tratamento psicoterapêutico está relacionado ao que se estabelece na relação terapeuta e cliente. A pessoa que busca auxílio precisa encontrar um profissional capacitado para a utilização de técnicas e procedimentos e aliado a essa capacitação técnica, precisa ter habilidades sociais como a empatia. É assim que, segundo os autores, se inicia uma relação capaz de propiciar ganhos terapêuticos nos pacientes. Ainda evidenciaram, por meio de estudos de outros pesquisadores da área, que, para os pacientes, o que se espera também está na ordem da afetividade. Ou seja, se para a formação do terapeuta está o exercício da empatia, essa mesma habilidade social é também desejada pelo cliente.

Ainda no entendimento de Meyer e Vermes (2008), a comunicação empática leva o paciente a sentir que está sendo compreendido, além de o ajudar a entender melhor seu processo cognitivo e suas inquietações. Desse modo, é possível que o terapeuta seja capaz de sinalizar, de forma não verbal, a compreensão, a aceitação e o acolhimento, ao ouvir atenta e sensivelmente. Mais especificamente quanto às estratégias de construção de vínculo com o paciente, os autores listam habilidades indispensáveis que devem ser consideradas pelo terapeuta: empatia, calor humano, compreensão e concordância; comportamentos verbais e gestuais que tenham como objetivo a aproximação e a demonstração de entendimento.

Alves (2017) assegura que os profissionais terapeutas cognitivos são confluentes em considerarem que a boa relação entre eles e seus pacientes dialoga com a noção de processo colaborativo do tratamento, previsto na TCC. O vínculo é tão potente que pode gerar a chamada “perturbação emotiva”, algo que é real e pertinente às relações humanas. É uma afinidade que o paciente desenvolve a um nível de intimidade e confiança que possivelmente não se desenvolverá em uma relação afetiva ou de amizade. Como elemento significativo para a relação saudável entre terapeuta e paciente, a autora aborda também, a habilidade da empatia. Essa

habilidade é conceituada como a condição do terapeuta compreender afetiva e cognitivamente a realidade do seu paciente. A pesquisadora propõe a necessidade de equilíbrio entre as habilidades intelectuais, cognitivas, comportamentais e interpessoais do terapeuta, a fim de que o vínculo terapêutico se estabeleça efetivamente de modo saudável, respeitoso e proporcionando segurança pessoal para o paciente.

Para os psicoterapeutas, a empatia é vista como uma capacidade adquirida primordial (BECK *et al.*, 1979; WRIGHT *et al.*, 2019). A conduta empática do terapeuta leva à consolidação do vínculo terapêutico e, como resultado, a maior aceitação e empenho por parte do paciente ao tratamento (MARTINS *et al.*, 2018). Wright *et al.* (2019) pontuam que não basta demonstrar preocupação, o terapeuta precisa convertê-la em ações que reduzam o sofrimento e ajudem o paciente a lidar com os problemas da vida. Estes autores, elencam, a partir das observações clínicas, posturas do terapeuta que se assemelham, como eles definem, ao “professor-coach”; visto que professores-coachs na TCC repassam conhecimentos de forma colaborativa, por meio da elaboração de perguntas que incentivem o paciente a se envolver no seu processo de aprendizagem. Também tratam do humor no tratamento que, assim como a característica do professor-coach é uma estratégia de construção de vínculo, de aproximação com o paciente.

Especificamente, no que se refere ao vínculo terapêutico como ferramenta clínica para o tratamento da depressão, Tang e DeRubeis (1999), em estudo que observaram o progresso na variação da depressão, sugeriram que há uma relação entre o estabelecimento do vínculo terapêutico e o progresso do tratamento. Porém, não apresentaram dados mais conclusivos. DeRubeis e Feeley (1990), a partir de uma pesquisa com 25 pessoas em tratamento para a depressão na perspectiva da TCC, observaram que a utilização das técnicas da TCC prediz mais resultados do que o vínculo terapêutico em si. Contudo, não negaram a relevância da relação terapêutica para o tratamento.

Arnou *et al.* (2014) reforçam que há evidências que relacionam o vínculo terapêutico ao bom resultado da psicoterapia para diferentes diagnósticos e populações. Porém, destacam também que, devido a questões metodológicas de trabalhos sobre o assunto, tornam-se difíceis as conclusões mais assertivas acerca

dessa associação. Os autores elencaram e analisaram critérios metodológicos que possibilitaram descartar ou validar determinadas conclusões e selecionam algumas pesquisas nesse sentido, para, posteriormente, apresentarem os resultados. Dentre os estudos apontados pelos autores, ressalta-se como relevante para este trabalho, a pesquisa de Klein *et al.* (2003), em que foram envolvidos 367 pacientes deprimidos tratados a partir da análise cognitivo-comportamental de psicoterapia. Foi constatado que o fator de vínculo terapêutico previu mudança nos sintomas depressivos. Porém, não houve acompanhamento no estudo que pronunciasse sobre o nível inicial dos sintomas nem sobre a mudança inicial nos sintomas ou continuidade do vínculo estabelecido.

Já na pesquisa promovida por Arnow *et al.* (2014), com 395 pacientes depressivos que estavam em tratamento psicoterápico nas abordagens de análise comportamental cognitiva e psicoterapia breve, foi observada uma interação relevante entre o vínculo terapêutico e o tratamento em ambas as abordagens. Os autores encontraram evidências de que os pacientes em tratamento pela análise comportamental cognitiva classificaram o vínculo terapêutico como mais forte em todo o tratamento. Eles indicam que o estudo realizado não deve ser tratado como passível de generalizações, porém assumem como descoberta de pesquisa, que o vínculo terapêutico proporciona mudança nos sintomas depressivos. Afirmam ainda, que isso se dá com mais eficácia em psicoterapias mais estruturadas, tais como a TCC.

Freitas e Rech (2010), no cenário brasileiro, realizaram um estudo que revisa as propostas de tratamento em grupo para pessoas com depressão a partir da abordagem da TCC. As autoras discutem que a valorização do vínculo com o terapeuta e, no caso específico do estudo que realizaram, com os trabalhadores de saúde envolvidos nos atendimentos em grupo, é um elemento importante para determinar a coesão dos objetivos almejados no tratamento. Além disso, elas afirmam que a construção do vínculo terapêutico permite que profissionais e pacientes possam compartilhar informações com segurança. Tais considerações vão ao encontro do que foi aventado sobre as possibilidades do vínculo terapêutico nas atuações psicoterapêuticas da TCC de modo mais amplo.

A psicoterapia lida, sobremaneira, com processos dolorosos da vida de um indivíduo. E, portanto, o terapeuta deve bloquear comportamentos de esquiva e de

fuga do paciente. Nesse sentido, quando a psicoterapia se dá em um contexto de intimidade e confiança, o cliente pode se sentir mais seguro e tranquilo para lidar com as suas frustrações (SANTOS *et al.*, 2019). Para estes autores, na TCC, a relação entre terapeuta e paciente é essencial para o desenvolvimento do tratamento. Segundo eles, o terapeuta deve prezar pelo tratamento respeitoso de seu cliente, criando um ambiente confiável em que não haja vergonha para a manifestação de sentimentos, sejam eles positivos ou negativos.

Beck *et al.* (1979), em um dos seus principais trabalhos sobre a depressão, destacam a relevância de ponderar de forma mais adequada o nível de empatia e de afeto pessoal envolvido. Se o terapeuta é percebido pelo paciente com perfil desapegado, desinteressado, frio e despreocupado, as expectativas de um bom resultado do tratamento tende a diminuir, entretanto, um esforço exagerado para ser amável, empático e demasiadamente amistoso pode não produzir os benefícios esperados. Uma pessoa insegura ou com baixa autoestima, por exemplo, poderia entender as tentativas do terapeuta exageradamente solícito de uma maneira negativa e se sentir ainda mais desconfortável.

Beck (2013) evidencia que a eficácia na aplicabilidade das técnicas e intervenções cognitivas depende muito da qualidade do relacionamento entre o terapeuta e seu paciente. Sendo assim, para que o processo psicoterápico seja de fato eficaz, Beck (2008) salienta a necessidade de um vínculo terapêutico favorável, já que muitos pacientes apenas conseguirão reestruturar suas crenças, respostas emocionais disfuncionais e comportamentos desadaptativos se a experiência partir de uma relação de amparo e empatia for satisfatória. Para tanto, Falcone (2006) assinala que, ao longo da psicoterapia, além da experiência e do domínio das intervenções e das técnicas cognitivas, o psicólogo precisa ter capacidades interpessoais tais como empatia, respeito, consideração, envolvimento e compreensão. Na perspectiva da autora em questão, essas capacidades favorecem a instauração e preservação de um vínculo terapêutico, para que, juntamente com as técnicas, possa proporcionar a mudança.

De acordo com Santos *et al.* (2019), no que se refere à temática da relação terapêutica na TCC, não há na literatura investigada por eles, fundamentos teóricos categóricos, permitindo que tal relação seja compreendida de maneiras distintas.

Porém, todas essas diferentes formas de interpretação levam em conta aspectos, tais como a proximidade, a empatia, a atenção, o afeto e a reciprocidade entre as pessoas. Para os autores, o vínculo terapêutico é parte do processo psicoterápico e deve ser modificado e atualizado, considerando o contexto da vida dos pacientes e o aparecimento de novas contingências.

Para Wright *et al.* (2019), mesmo para pessoas que têm habilidades natas de entender os outros, construir relações terapêuticas eficientes é, sem dúvida, uma tarefa desafiadora. É fundamental ter a capacidade de abordar assuntos carregados de conteúdo emocional com sutileza, sensibilidade, delicadeza e serenidade. Se o psicólogo possui tais habilidades e características é provável que uma boa aliança terapêutica possa ser consolidada. Porém, os autores salientam a importância de se empenhar em melhorar cada vez mais essa habilidade social, unindo a experiência clínica com as sessões de supervisão, favorecendo a introspecção pessoal e o autoconhecimento do profissional psicoterapeuta. Logo, os autores apontam a relevância da capacitação dos profissionais psicólogos na direção da expansão e do desenvolvimento de suas habilidades. Contudo, para tanto, é primordial que o terapeuta realize uma autorreflexão sobre sua prática clínica e sobre a necessidade de desenvolver qualidades interpessoais afim de promover a cooperação e a evolução do tratamento psicoterapêutico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, tratar a depressão exige intensificação de conhecimentos, pois ocupa lugar de destaque junto as suas mais variadas formas, ocasionando cada vez mais o afastamento das pessoas de seus familiares, da sociedade e de seus trabalhos, comprometendo seu bem-estar e incapacitando-as a viverem de forma digna.

A TCC é uma abordagem psicoterapêutica baseada em evidências científicas que se apoia em um formato clínico estruturado, voltada para o momento presente, direcionada para a ação, promovendo a reestruturação cognitiva através da modificação de pensamentos disfuncionais e comportamentos desadaptativos do paciente. Este modelo tem grande eficácia no tratamento depressão, pois o sujeito

passa a ver a sua situação como um processo normal do desenvolvimento humano, e não mais como algo patológico.

Quando os terapeutas cognitivos comportamentais agregam características de uma boa relação terapêutica, proporciona ao paciente o melhor contexto para aprender a resolver problemas e superar situações difíceis. Utilizam técnicas elaboradas a ajudar os pacientes a identificar e modificar seus pensamentos e comportamentos, principalmente aqueles associados a sintomas emocionais, físicos e fisiológicos.

Portanto, diante de todo percurso teórico, observou-se que a Psicologia se propõe a descrever e explicar as premissas nas quais é possível ocorrer a manutenção da capacidade para a mudança de comportamentos e para o desenvolvimento pessoal, sendo fundamental que o psicólogo construa um bom vínculo com o paciente e esteja atento a todo o processo clínico. Portanto, na TCC, o vínculo terapêutico torna-se uma ferramenta clínica primordial para o sucesso do tratamento da depressão.

Dessa forma, foi possível contribuir sobre o vínculo terapêutico para a pesquisa e para a prática clínica na área da Psicologia, em especial, na TCC, trazendo mais elementos e reflexões sobre a temática com base em autores respaldados na área. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir com o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o vínculo terapêutico na TCC como referencial teórico-prático, visto sua importância clínica para a concretização de uma relação terapêutica sólida, facilitando o comprometimento e permanência do paciente na psicoterapia e, conseqüentemente, o sucesso no tratamento.

Acredita-se fortemente que a utilização do vínculo, juntamente com os métodos empregados na TCC, tenha impacto na obtenção de resultados na depressão, pois se distingue outras formas de conhecimento. Afinal, estudos confiáveis e válidos conduzem para a construção do conhecimento científico. De modo a considerar a importância da produção de conhecimento, este estudo apresenta-se como relevante para a formação do estudante e, em diálogo com os autores pesquisados, contribuir para o crescimento de todos os terapeutas.

REFERÊNCIAS

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 779-803, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483

ALVES, D. L. O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. **Rev Bras Psicoter**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 55-71, jan./abr. 2017.

ABREU, C. N. Psicoterapia construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas. *In*: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 4. p. 62-74.

AMORIM, C.; PONIWAS, M.; PERUZZO JR, L. Terapia Cognitivo Comportamental. **Psicol Argum**, Curitiba, v. 25, n. 51, p. 427-429, out./dez. 2007.

ARNOW, B. A. *et al.* The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 81, n. 4, p. 627-638, Aug. 2014.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 40-48.

BECK, A. T. *et al.* **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BECK, A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 165, n. 8, p. 969-977, Aug. 2008.

BECK, A. T. Thinking and depression. II. Theory and therapy. **Arch Gen Psychiatry**, Belmont, v. 10, n. 6, p. 561-571, Jun. 1964.

BECK, A. T.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. Revisão técnica de Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOING, A. F. *et al.* Associação entre a depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617-623, ago. 2012.

BORTOLI, B. A.; FRANCKE, I. A. Tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo: perspectivas da terapia cognitivo-comportamental e terapia analítico-comportamental. **Aletheia**, Porto Alegre, v. 51, n. 1 e 2, p. 131-142, jan./dez. 2018.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico PUCRS**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BROWN, G. K. *et al.* Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 294, n. 5, p. 563-570, Aug. 2005.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento**. São Paulo: Santos, 2014.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol Argum**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011.

CHAPPA, H. J. Transtorno distímico: uma abordagem cognitivo-integrativa. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 17. p. 287-316.

CONTE, F. C.; BRANDÃO, M. Z. S. Psicoterapia funcional-analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1. p. 19-33.

DERUBEIS, R. J.; FEELEY, M. Determinants of change in cognitive therapy for depression. **Cognit Ther Res**, New York, v. 14, n. 5, p. 103-112, May 1990.

FALCONE, E. M. O. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 3. p. 49-61.

FERREIRA, B. *et al.* Projeto sim para a vida: depressão não é frescura, é doença! **Rev UFG**, Goiânia, v. 17, n. 20, p. 112-131, jan./jul. 2017.

FREITAS, P. B.; RECH, T. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul. 2010.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática**. Tradução de Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2011. 312p.

GRUBITS, S.; GUIMARÃES, M. A. L. **Psicologia da saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GUIMARÃES, S. S. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 7. p. 113-130.

HOFMANN, S. G. The future of cognitive behavioral therapy. **Verhaltenstherapie**, Berlin, v. 25, n. 4, p. 40-43, Apr. 2015.

KEIJSERS, G. P.; SCHAAP, C. P.; HOOGDUIJN, C. A. L. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: a review of empirical studies. **Behav Modif**, Beverly Hills, v. 24 n. 2, p. 264-297, Apr. 2000.

KLEIN, D. N. *et al.* Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 71, n. 6, p. 997-1006, Dec. 2003.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 54-64, Oct. 2008.

KRUPNICK, J. L. *et al.* The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. **J Consult Clin Psychol**, v. 64, n. 3, p. 532-539, Jun. 1996.

LOTUFO NETO *et al.* Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. *In*: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 16. p. 34-60.

MAIA, R. S. *et al.* Instrumentos para avaliação da aliança terapêutica. **Rev Bras Ter Cogn**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 55-63, jan./jun. 2017.

MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Rev Bras Ter Cogn**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 122-129, jul./dez. 2014.

MARTINS, J. S. *et al.* Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ter Cogn**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 50-56, jan./jun 2018.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. **Psicol Ciênc Prof**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 18-34, jan./mar. 2017.

MEYER, S.; VERMES, J. S. Relação terapêutica. *In*: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 6. p. 101-112.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. (Eds.). **The global burden of disease series**. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em:

<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.ht>. Acesso em: 04 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Depressão**. 19 março 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 06 maio 2021.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RANGÉ, B. Terapia racional-emotivo-comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 2. p. 34-48.

RUFINO, S. *et al.* **Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão**. Rev Saúde em Foco, ed. 10, p. 837-843, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/11/095_ASPECTOS-GERAIS-SINTOMAS-E-DIAGN%C3%93STICO-DA-DEPRESS%C3%83O.pdf. Acesso em: 18 ago. 2021.

SANTOS, G.; SILVA, M. Depressão na adolescência relacionada ao advento das mídias sociais na contemporaneidade. **RECH - Rev Ens Ciên Human – Ciudad, Divers Bem Estar**, Humaitá, v. 5, n. 1, p. 174-193, jan./jun. 2021.

SANTOS, V. L. *et al.* **A relação terapêutica nas terapias comportamentais e na terapia cognitiva comportamental**. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8146/1/A%20Rela%c3%a7%c3%a3o%20terap%c3%aautica%20nas%20Terapias%20Comportamentais%20....pdf>. Acesso em: 05 maio. 2021.

SOARES, A. B. *et al.* Terapia cognitivo comportamental: o que pensam os estudantes de Psicologia? **Rev Bras Ter Cogn**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 99-108, jul./dez. 2020.

SOUZA, C. R.; PADOVANI, R. C. Supervisão em terapias cognitivo-comportamentais: trilhando outros caminhos além do Serviço-Escola. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 461-470, set./dez. 2015.

SOUZA, E. A. **O conceito de aliança terapêutica em terapia cognitivo-comportamental: um estudo para terapeutas iniciantes**. 2012. 66 f. Monografia (Especialização em Psicoterapias Cognitivas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte-MG, 2012.

TANG, T.; DERUBEIS, R. Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioural therapy for depression. **J Consult Clin Psychol**, Lancaster, v. 67, n. 6, p. 894-904, Dec. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression**. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ICD-11 implementation or transition guide**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

WRIGHT, J. H. *et al.* A relação terapêutica: empirismo colaborativo em ação. *In*: WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap. 2. p. 21-32.