www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.164, 2026 | DOI: 10.69849/8rh24w34

A terapia cognitivo-comportamental em diferentes fases da vida: relato de experiência em estágio clínico

Cognitive-behavioral therapy in different stages of life: an experience report in a clinical internship

Joana Cristina Taques[1]

Milena Hamulak[2]

Laryssa Karas[3]

RESUMO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) consolidou-se como uma das abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas na atualidade, destacando-se por sua facilidade em aplicação em diferentes contextos clínicos e fases do desenvolvimento humano. O presente estudo teve como objetivo analisar a aplicação da TCC na infância, vida adulta e velhice, evidenciando suas adaptações técnicas e contribuições terapêuticas em cada etapa da vida. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, fundamentado em revisão bibliográfica e em vivências acompanhadas durante estágio clínico supervisionado, realizado na Clínica Escola Realclin, do Centro Universitário Campo Real. Foram analisados atendimentos realizados com pacientes entre 4 e 60 anos, preservando-se suas identidades por meio do uso de códigos. Os resultados demonstraram que a TCC apresenta grande versatilidade clínica, adaptando suas técnicas conforme as necessidades de cada faixa etária. Na infância, destacaram-se recursos lúdicos como fantoches e termômetro de sentimentos; na vida adulta, técnicas de registro de pensamentos automáticos, reestruturação cognitiva e psicoeducação; e, na velhice, intervenções voltadas à ativação comportamental e à psicoeducação sobre o luto. Conclui-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta ampla aplicabilidade ao longo das diferentes fases da vida, desde que o terapeuta considere as especificidades do desenvolvimento humano e adapte suas intervenções às demandas emocionais de cada indivíduo.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Desenvolvimento Humano. Psicoterapia. Infância. Velhice.

ABSTRACT

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has become one of the most widely used psychotherapeutic approaches in contemporary mental health practice, standing out for its applicability across different clinical contexts and stages of human development. This study

[1] Joana Cristina Taques, Acadêmica de Psicologia, do nono período, na instituição de ensino Centro Universitário Campo Real. (psi-joanataques@camporeal.edu.br)

[2] Milena Hamulak, Acadêmica de Psicologia, do nono período, na instituição de ensino Centro Universitário Campo Real. (psi-milenahamulak@camporeal.edu.br)

[3] Laryssa Karas, Psicóloga, Docente e Coordenadora do curso de Psicologia na instituição de ensino Centro Universitário Campo Real. (prof_laryssakaras@camporeal.edu.br)

aimed to analyze the application of CBT during childhood, adulthood, and old age, highlighting its technical adaptations and therapeutic contributions at each stage of life. This is an experience report, with a qualitative and descriptive approach, based on bibliographic review and experiences accompanied during a supervised clinical internship at the Realclin School Clinic of Campo Real University Center. Clinical cases involving patients aged between 4 and 60 years were analyzed, with participants' identities preserved through the use of codes. The results demonstrated that CBT presents significant clinical versatility, adapting its techniques according to the specific needs of each age group. In childhood, playful resources such as puppets and emotional thermometers were emphasized; in adulthood, techniques such as automatic thought records, cognitive restructuring, and psychoeducation were applied; and in old age, interventions focused on behavioral activation and grief psychoeducation were highlighted. It is concluded that Cognitive Behavioral Therapy presents broad applicability throughout different stages of life, provided that therapists consider the specificities of human development and adapt interventions to each individual's emotional demands.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Human Development. Psychotherapy. Childhood. Old Age.

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) consolidou-se, ao longo das últimas décadas, como uma das abordagens psicoterapêuticas mais utilizadas e estudadas no campo da saúde mental. Desenvolvida inicialmente a partir dos trabalhos de Aaron Beck e Albert Ellis, entre as décadas de 1950 e 1960, a TCC fundamenta-se na compreensão de que pensamentos, emoções e comportamentos estão diretamente interligados, influenciando a forma como o indivíduo interpreta e responde às experiências vividas (Beck, 1964; Ellis, 1962, apud Beck, 2014).

Ao longo de seu desenvolvimento, a abordagem passou por importantes ampliações teóricas e técnicas, permitindo sua aplicação em diferentes contextos clínicos, faixas etárias e demandas emocionais. Segundo Judith S. Beck, a Terapia Cognitivo-Comportamental foi adaptada para pessoas de diferentes idades e culturas, sendo atualmente utilizada em ambientes variados, como clínicas, hospitais, escolas e instituições de saúde.

Cada fase da vida apresenta características específicas do desenvolvimento humano, exigindo adaptações na condução terapêutica e na utilização das técnicas cognitivas e comportamentais. Na infância, por exemplo, o trabalho terapêutico frequentemente envolve recursos lúdicos e participação familiar; na vida adulta, destacam-se demandas relacionadas ao trabalho, relacionamentos e construção da identidade; já na velhice, questões como perdas, luto, isolamento social e adoecimento tornam-se centrais no processo terapêutico.

Dessa forma, compreender como a TCC pode ser aplicada e adaptada em diferentes momentos do desenvolvimento humano torna-se fundamental para uma prática clínica mais

sensível, eficaz e individualizada. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental nas diferentes fases da vida — infância, vida adulta e velhice — destacando suas adaptações técnicas, contribuições terapêuticas e possibilidades de intervenção diante das demandas emocionais características de cada etapa do desenvolvimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental

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. Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela interpreta uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962).

Crenças nucleares são rígidas e generalizadas. Já os pensamentos automáticos, palavras ou imagens que passam pela mente, são específicos de situações e mais superficiais na cognição. (BECK, 2014, p. 57)

> Os pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexistem com um fluxo de pensamentos mais manifesto (Beck, 1964). Esses pensamentos não são peculiares unicamente a pessoas com sofrimento psicológico; eles são uma experiência comum a todos nós. Na maior parte do tempo, quase não temos consciência desses pensamentos, embora com um pouco de treino possamos trazê-los facilmente à consciência. Quando obtemos a percepção dos nossos pensamentos, podemos fazer automaticamente uma verificação da realidade, caso não estejamos sofrendo de uma disfunção psicológica. (BECK, 2014, p. 22)

A partir da identificação desses padrões cognitivos, a TCC busca auxiliar o paciente no desenvolvimento de interpretações mais realistas e funcionais, utilizando técnicas estruturadas voltadas para a modificação de pensamentos disfuncionais e para a promoção de mudanças emocionais e comportamentais.

2.2 A TCC na infância

Petersen et al. (2011) dizem que é possível aplicar técnicas de role-playing com fantoches, pois o estilo metafórico mediado pelo brinquedo e pelo humor permite que a criança possa duvidar do pensamento disfuncional e cogitar outra forma de pensar. Os fantoches podem contar com pequenos palitos gráficos.

Segundo Petersen et al. (2011), na avaliação inicial, é necessária muita atenção aos fatores de risco e proteção que a família e os outros sistemas que envolvem a criança podem

representar. Alerta-se para o fato de que risco/proteção são fatores dinâmicos, e a escola, que é um fator de proteção em uma área da vida da criança, pode representar um risco. Por exemplo, as situações de bullying, que não raro estão associadas a sintomas de ansiedade na infância. A psicopatologia familiar também é um fator de risco para pessoas em desenvolvimento. Portanto, os estilos parentais, as relações com os pares e as relações familiares também devem ser observados.

Os fundamentos empíricos para a TCC dos transtornos de ansiedade iniciaram em 1994, com o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou o programa de intervenção Coping Cat, realizado com 47 crianças entre 8 e 13 anos diagnosticadas com transtorno de ansiedade social e ansiedade generalizada. Os resultados indicaram melhora significativa, com 66% da amostra não preenchendo mais os critérios diagnósticos após a intervenção, mantendo esses resultados após um ano de tratamento (Kendall, 1994 apud Petersen et al. 2011). Um segundo estudo, realizado com 94 crianças entre 7 e 14 anos, indicou que 50% das crianças tratadas apresentaram remissão dos sintomas (Kendall et al., 1997 apud Petersen et al. 2011). Estudos posteriores com o modelo Coping Cat foram realizados em diferentes culturas, incluindo a Austrália e o Canadá, demonstrando a eficácia da intervenção (Barrett et al., 1996; Mendlowitz et al., 1999; Albano; Kendall, 2002; Kendall; Beidas, 2007 apud Petersen et al., 2011).

Petersen et al. (2011) relatam que as crianças pequenas em geral não têm o sentimento de estarem revivendo o passado; em vez disso, a revivência do trauma talvez ocorra através de jogos repetitivos (p. ex. uma criança que esteve envolvida em um sério acidente automobilístico reencena repetidamente colisões automobilísticas com carrinhos de brinquedo). Em vista da dificuldade da criança em relatar diminuição no interesse por atividades significativas e limitação de afeto, esses sintomas devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos por pais, professores e outros observadores.

2.3 TCC na vida adulta

Na fase adulta, a TCC mantém sua estrutura central, adaptando-se, contudo, às demandas características dessa etapa da vida, que envolvem responsabilidades profissionais, relacionamentos, parentalidade e autoconhecimento. Segundo Beck (2022), os pensamentos automáticos e as crenças nucleares formadas na infância frequentemente se manifestam de maneira mais rígida na vida adulta, influenciando diretamente o desempenho profissional, os padrões relacionais e a autoestima do indivíduo.

Wright, Basco & Thase (2008) destacam que adultos em sofrimento psicológico frequentemente apresentam pensamentos automáticos associados a padrões de exigência excessiva como “devo dar conta de tudo” ou “não posso falhar”, os quais alimentam ciclos de ansiedade e esgotamento, sobretudo no contexto laboral. Nesses casos, técnicas como o registro de pensamentos automáticos e a reestruturação cognitiva mostram-se fundamentais para que o paciente aprenda a identificar, questionar e modificar tais cognições disfuncionais.

A psicoeducação ocupa, igualmente, papel central no trabalho com adultos, na medida em que favorece a compreensão do modelo cognitivo pelo próprio paciente, tornando-o agente ativo de sua mudança. Beck (2022) ressalta que a associação entre uma aliança terapêutica sólida e a psicoeducação potencializa os resultados do tratamento, uma vez que o adulto tende a engajar-se mais quando compreende o racional da intervenção proposta.

Histórias de vida marcadas por adversidades na infância como instabilidade familiar, gravidez precoce ou ausência de suporte emocional podem gerar crenças nucleares de inadequação, abandono ou incompetência que persistem na vida adulta (Beck, 2022). Nesses casos, o trabalho terapêutico envolve não apenas o manejo dos sintomas atuais, mas também a investigação e a reformulação dessas crenças mais profundas, possibilitando ao paciente construir uma narrativa mais flexível e compassiva sobre si mesmo.

2.4 TCC na velhice

O envelhecimento traz consigo transformações significativas nas esferas biológica, social e psicológica, as quais demandam adaptações específicas na condução da Terapia Cognitivo-Comportamental. Perdas afetivas como o falecimento de cônjuge, filhos ou amigos próximos, o declínio funcional e o confronto com a própria finitude constituem experiências frequentes nessa fase da vida, podendo desencadear ou agravar quadros depressivos e ansiosos (Knapp; Beck, 2008).

A depressão maior em idosos apresenta particularidades importantes: tende a ser subdiagnosticada e a manifestar-se com predominância de queixas somáticas e de uma visão pessimista generalizada sobre a vida, mais do que por meio de tristeza explicitamente relatada (Laidlaw et al., 2003). Diante desse quadro, a TCC adapta-se por meio de sessões mais estruturadas, linguagem acessível e técnicas como a ativação comportamental, que busca introduzir gradualmente atividades prazerosas e significativas na rotina do idoso, combatendo a inércia característica dos quadros depressivos.

A psicoeducação sobre o luto constitui outro recurso relevante no trabalho com essa população, na medida em que possibilita ao paciente compreender o processo de elaboração

das perdas, diferenciar o luto normal do complicado e encontrar formas de ressignificar sua história de vida (Laidlaw et al. 2003). Já o registro de pensamentos auxilia terapeuta e paciente a identificar padrões cognitivos negativos como a seletividade na evocação de memórias dolorosas e a construir perspectivas mais equilibradas sobre o passado e o presente.

Nesse sentido, Knapp e Beck (2008) destacam que, na TCC com idosos, é especialmente relevante validar o sofrimento vivido sem reforçar a passividade ou a desesperança. Cabe ao terapeuta assumir papel ativo na mobilização dos recursos internos do paciente, valorizando sua história de vida e sua capacidade de resiliência, mesmo diante de contextos de vulnerabilidade social e emocional.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva, fundamentada em revisão bibliográfica e em relatos de experiências vivenciadas durante estágio clínico realizado na Clínica Escola Realclin, do Centro Universitário Campo Real, localizado na cidade de Guarapuava - Paraná.

A pesquisa qualitativa busca compreender fenômenos subjetivos relacionados às experiências humanas, permitindo uma análise aprofundada das vivências clínicas observadas ao longo do estágio. Já o caráter descritivo do estudo tem como finalidade apresentar e analisar a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em diferentes fases da vida, destacando suas adaptações técnicas e possibilidades de intervenção.

Para a construção do referencial teórico, foram utilizados livros e materiais científicos relacionados à Terapia Cognitivo-Comportamental, com foco na aplicação da abordagem na infância, vida adulta e velhice. Entre os principais autores utilizados estão Beck (2022), Wright, Basco e Thase (2008), Knapp e Beck (2008), além de Petersen, Wainer e colaboradores (2011).

Os relatos de experiência apresentados foram desenvolvidos a partir da observação clínica e da atuação supervisionada com pacientes atendidos na Clínica Escola, com idades entre 4 e 60 anos. As intervenções realizadas ocorreram dentro dos princípios éticos da prática psicológica, preservando a identidade dos pacientes por meio da utilização de códigos e informações não identificáveis.

A análise dos relatos foi realizada a partir da articulação entre teoria e prática clínica, buscando compreender como as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental podem ser adaptadas às diferentes etapas do desenvolvimento humano. Dessa forma, o estudo pretende

evidenciar a versatilidade da TCC e sua aplicabilidade em distintas demandas emocionais ao longo da vida.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para preservar a identidade dos pacientes atendidos durante o estágio clínico, os participantes foram identificados por códigos, conforme descrito a seguir:

C1 – 9 anos

C2 – 10 anos

C3 – 4 anos

A1 – 28 anos

I1 – 60 anos

Durante os atendimentos infantis, observou-se a importância da utilização de recursos lúdicos como mediadores do processo terapêutico. Com o paciente C3, de 4 anos, foi utilizada a técnica dos fantoches associada ao brincar simbólico. Por meio dessa atividade, a criança representou os membros de sua família, diferenciando os locais onde cada um reside e demonstrando preferência por permanecer em apenas duas das três casas mencionadas. O uso dos fantoches favoreceu maior engajamento da criança durante as sessões, corroborando o que Petersen et al. (2011) descrevem sobre a utilização do role-playing e do brincar como estratégias facilitadoras da expressão emocional infantil.

Ainda no contexto infantil, foi utilizado o termômetro de sentimentos (SUDS – Subjective Units of Discomfort Scale) com os pacientes C1 e C2, de 9 e 10 anos. A técnica mostrou-se eficaz para auxiliar na identificação e expressão das emoções relacionadas às vivências da semana, favorecendo maior comunicação emocional durante as sessões. Segundo Petersen et al. (2011), recursos gráficos e lúdicos adaptados à linguagem infantil facilitam o reconhecimento emocional e contribuem para o processo terapêutico.

Segundo Vernon (1998 apud Petersen et al., 2011), algumas crenças relacionadas à vida escolar na infância incluem a necessidade de ser perfeito, a dificuldade em aceitar erros, a interpretação da rejeição pelos outros como consequência de não fazer as coisas corretamente e a percepção de si mesmo como um perdedor. A C1 tem essas crenças em relação ao futebol e às escolinhas em que ele joga. Nunca se sente suficiente, por mais que faça muitos gols, ainda se cobra muito. A partir do trabalho de identificação e reestruturação dessas cognições, foi possível observar maior flexibilização dos pensamentos e redução da autocrítica, permitindo que a criança passasse a compreender o erro como parte do processo de aprendizagem.

A paciente A1, de 28 anos, chegou à clínica com queixa principal relacionada às demandas do ambiente de trabalho, que ocupavam quase integralmente as sessões iniciais. Ao longo do processo terapêutico, foi possível observar uma evolução significativa: a paciente ampliou progressivamente os temas abordados, passando a explorar questões relacionais, autoconhecimento e sua história de vida. A1 teve uma infância conturbada e vivenciou uma gravidez na adolescência, aos 15 anos, experiências que deixaram marcas em sua forma de se relacionar e de se perceber. Apesar disso, demonstra grande capacidade de reflexão e investimento no próprio desenvolvimento, estuda ativamente e demonstrou dedicação intensa à educação da filha, hoje com 12 anos.

Com A1 foram utilizadas técnicas de registro de pensamentos automáticos, que permitiram à paciente identificar cognições disfuncionais associadas ao trabalho como a crença de que precisava dar conta de tudo sozinha e de que falhar era inaceitável. A reestruturação cognitiva possibilitou questionar essas crenças e construir interpretações mais flexíveis e realistas sobre suas demandas. A psicoeducação foi fundamental para que A1 compreendesse a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, tornando-se agente ativa de sua mudança. Isso corrobora o que Beck (2022) aponta sobre a importância da aliança terapêutica e da psicoeducação no engajamento do adulto no processo terapêutico.

A paciente I1, de 60 anos, apresenta diagnóstico de depressão maior e um histórico de vida marcado por perdas afetivas intensas, entre elas, o falecimento do marido e de filhos, além da mãe. Sua trajetória foi atravessada por sofrimentos desde a adolescência, quando seu primeiro filho foi retirado de sua guarda por ela ser muito jovem e não ser casada. Nas sessões, I1 tende a narrar sua história com foco predominante nas experiências dolorosas, com dificuldade de acessar memórias ou perspectivas positivas, característica frequentemente observada em quadros depressivos em idosos (Laidlaw et al., 2003).

Com I1 foram utilizadas a psicoeducação sobre luto e depressão, auxiliando-a a compreender e nomear o que sente dentro de um processo legítimo de elaboração das perdas; o registro de pensamentos, que contribuiu para identificar o padrão seletivo de evocação de memórias negativas; e a ativação comportamental, com o objetivo de reintroduzir gradualmente atividades que trouxessem algum senso de prazer ou significado à sua rotina. O trabalho com I1 evidenciou o que Knapp e Beck (2008) ressaltam: a importância de validar o sofrimento do idoso sem reforçar a passividade, mobilizando seus recursos internos mesmo diante de contextos de intensa vulnerabilidade.

O contraste entre A1 e I1 ilustra bem a proposta central deste artigo: a TCC é uma abordagem versátil, capaz de adaptar-se tanto às demandas de uma adulta jovem em processo

de autoconhecimento e elaboração de crenças formadas na infância, quanto às necessidades de uma idosa que enfrenta perdas acumuladas e depressão maior, sempre mantendo o modelo cognitivo como eixo norteador.

5 DISCUSSÃO

Os relatos clínicos apresentados neste estudo evidenciam que a Terapia Cognitivo-Comportamental, embora ancorada em um modelo teórico único, manifesta-se de formas distintas e complementares ao longo das diferentes fases da vida. A análise conjunta dos casos C3, C1, C2, A1 e I1 permite identificar situações que passam por todas as gerações: a influência dos pensamentos sobre as emoções e os comportamentos, e a possibilidade de modificá-los por meio de intervenções estruturadas e adaptadas a cada contexto desenvolvimental.

Na infância, a TCC exige uma linguagem que respeite o estágio cognitivo da criança. O uso de fantoches com C3 (4 anos) e do termômetro de sentimentos com C1 e C2 (9 e 10 anos) ilustra como recursos lúdicos funcionam como mediadores simbólicos do processo terapêutico, permitindo o acesso ao mundo interno da criança de forma acolhedora e eficaz, tal como apontam Petersen et al. (2011). No caso de C1, a identificação das crenças disfuncionais relacionadas ao desempenho no futebol “nunca sou suficiente”, “não posso errar” e o trabalho gradual de reestruturação dessas cognições demonstram que, mesmo em fases precoces do desenvolvimento, é possível intervir sobre padrões de pensamento que, se não trabalhados, tendem a consolidar-se e a persistir nas etapas seguintes da vida.

Essa continuidade entre as fases fica evidente no caso de A1 (28 anos). As crenças de inadequação e exigência excessiva “preciso dar conta de tudo”, “falhar é inaceitável” não surgiram na vida adulta, mas têm raízes em uma infância conturbada e em experiências de vulnerabilidade vividas na adolescência, como a gravidez precoce. Assim como observado com C1, o trabalho terapêutico com A1 envolveu identificar e questionar essas cognições disfuncionais, utilizando o registro de pensamentos automáticos e a reestruturação cognitiva. Beck (2022) reforça que crenças nucleares formadas na infância frequentemente se manifestam de maneira mais rígida na vida adulta, influenciando diretamente o desempenho profissional, os padrões relacionais e a autoestima — padrão claramente observado na trajetória de A1.

Já o caso de I1 (60 anos) representa a confluência de perdas acumuladas ao longo de toda uma vida. O sofrimento que hoje se expressa como depressão maior tem raízes em experiências que atravessam sua história desde a adolescência, quando foi separada de seu

primeiro filho. A tendência a evocar seletivamente memórias dolorosas, observada nas sessões, é compreendida por Laidlaw et al. (2003) como uma característica frequente nos quadros depressivos em idosos, e dialoga diretamente com o que Beck (2014) descreve sobre pensamentos automáticos negativos que, ao longo do tempo, se tornam padrões cognitivos consolidados. Com a I1, as técnicas de psicoeducação sobre luto, registro de pensamentos e ativação comportamental foram fundamentais para validar seu sofrimento sem reforçar a passividade, mobilizando seus recursos internos, conforme ressaltam Knapp e Beck (2008).

A leitura transversal dos três casos revela, portanto, que as demandas emocionais não surgem isoladas em uma fase da vida: elas se constroem, se sedimentam e se transformam ao longo do tempo. As crenças que C1 começa a questionar agora sobre o erro e o desempenho são as mesmas que, se não elaboradas, podem tornar-se em A1 a convicção de que falhar é inaceitável, e que em I1 se convertem em uma narrativa de vida marcada pela dor e pela dificuldade de acessar o que foi positivo. A TCC, ao atuar sobre esses padrões cognitivos em qualquer fase do desenvolvimento, oferece não apenas alívio sintomático, mas a possibilidade de interromper ciclos de sofrimento que, de outra forma, tenderiam a perpetuar-se.

Essa versatilidade da abordagem não significa ausência de especificidade. Ao contrário, os três casos demonstram que a efetividade da TCC depende justamente da sensibilidade do terapeuta em adaptar suas técnicas às demandas de cada etapa da vida: o brincar simbólico na infância, a psicoeducação e o engajamento ativo na vida adulta, e a validação do sofrimento com mobilização de recursos internos na velhice. O modelo cognitivo permanece o mesmo; o que muda é a forma como ele se traduz em intervenção singular para cada pessoa, em cada momento de sua história.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência buscou analisar a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental em diferentes fases da vida, articulando referencial teórico e vivências acompanhadas em estágio clínico. Os casos apresentados demonstram que a TCC constitui uma abordagem de amplo alcance, capaz de adaptar suas técnicas e estratégias para atender às especificidades da infância, da vida adulta e da velhice, sem perder de vista seu fundamento central: a influência dos pensamentos sobre as emoções e os comportamentos.

Na infância, recursos lúdicos como fantoches, o termômetro de sentimentos e o jogo simbólico permitiram o acesso ao mundo interno das crianças de forma acolhedora e eficaz. Na vida adulta, o registro de pensamentos automáticos, a reestruturação cognitiva e a

psicoeducação mostraram-se instrumentos potentes para que a paciente pudesse compreender e ressignificar crenças forjadas em experiências de vida difíceis. Na velhice, a ativação comportamental, a psicoeducação sobre luto e o trabalho com pensamentos automáticos revelaram-se fundamentais para acolher um histórico de perdas e mobilizar recursos internos diante da depressão.

O percurso clínico descrito neste artigo reforça que não existe uma única forma de conduzir a TCC, mas sim um modelo cognitivo robusto que, na mão de um terapeuta atento e sensível, transforma-se em intervenções singulares para cada pessoa, em cada fase de sua vida. Conclui-se, assim, que a formação do psicólogo clínico dentro da abordagem cognitivo-comportamental deve contemplar esse olhar desenvolvimental, preparando profissionais capazes de transitar com competência e humanidade por todas as gerações.

REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. E-book. ISBN 9786558820260. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820260/. Acesso em: 12 maio 2026.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 30, supl. II, p. S54-S64, 2008.

LAIDLAW, Ken; THOMPSON, Larry W.; DICK-SISKIN, Leah; GALLAGHER-THOMPSON, Dolores. **Cognitive behaviour therapy with older people**. Chichester: John Wiley & Sons, 2003.

PETERSEN, Circe Salcides; WAINER, Ricardo (org.). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.