

UNIPIAGET

ANA PAULA PONTES DOS SANTOS - RGM: 5552-22-2

GABRIELA LIMA DOS SANTOS - RGM: 5451-22-2

GILDEVAN MARINHO DE JESUS - RGM: 2518-81-5

LAYZE CAVALCANTE FERREIRA - RGM: 5597-22-2

MARCIO NONATO MENDES - RGM: 5168-22-2

PSICOLOGIA COGNITIVISTA: DELÍRIO E ALUCINAÇÃO

SUZANO - SP

2025

UNIPIAGET

ANA PAULA PONTES DOS SANTOS - RGM: 5552-22-2

GABRIELA LIMA DOS SANTOS - RGM: 5451-22-2

GILDEVAN MARINHO DE JESUS - RGM: 2518-81-5

LAYZE CAVALCANTE FERREIRA - RGM: 5597-22-2

MARCIO NONATO MENDES - RGM: 5168-22-2

PSICOLOGIA COGNITIVISTA: DELÍRIO E ALUCINAÇÃO

Trabalho acadêmico apresentado ao curso de Psicologia, como parte das exigências para aprovação na disciplina de Psicologia Cognitivista, sob orientação da Prof. ^a Tania Del Tedesco Tedesco.

SUZANO - SP

2025

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de expressar a nossa gratidão à professora **Tania Del Tedesco**, sempre incentivando as pesquisas, explorando novas ideias e nos aprofundando nos estudos. Sempre nos estimulando, é inspirador ver seu comprometimento, dedicação e respeito para todos.

Sumário

1- Introdução	06
2- Fundamentação Teórica	07
3- Delírio e Alucinação/ DSM-V-TR	08
4-Transtorno de Delírio e Alucinação/ Dalgalarondo	10
5- Relação entre Delírio e Alucinação	13
6- Tratamento na Psicoterapia Abordagens TCC X Psicanálise	16
7- Estudo de Caso	19
8- Considerações Finais	23
9- Referências Bibliográficas	24

PSICOLOGIA COGNITIVISTA: DELÍRIO E ALUCINAÇÃO - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como proposta apresentar sobre o que é o Delírio e Alucinação, com base nas abordagens da TCC (Terapia Cognitivo Comportamental), e Psicanálise; e com base nos teóricos Paulo Dalgarrondo (*Não encontrado seu ano de nascimento*), Karl Jasper (1883-1969), Aaron Beck (1921-2021), Sigmund Schlomo Freud (1856-1939), Jacques Lacan (1901-1981).

Destacando que a TCC e Psicanálise ambas são abordagens que se diferem, a TCC foca em identificar e modificar padrões de pensamentos e comportamentos que mantêm ou agravam esses sintomas, enquanto a Psicanálise busca entender as causas inconscientes destes sintomas. A psicoterapia em conjunto com a medicação vai ajudar o indivíduo a entender e lidar com os seus sintomas, melhorando a sua qualidade de vida, o acompanhamento é essencial.

Palavras-chaves: Psicologia, Cognitivismo, Delírio, Alucinação, Delírio e Alucinação, Transtorno, Acompanhamento, Abordagens no tratamento, TCC, Psicanálise.

PSICOLOGIA COGNITIVISTA: DELÍRIO E ALUCINAÇÃO

Para iniciarmos a presente discussão sobre Delírios e Alucinações, partiremos do princípio onde veremos sua origem e aspectos de extrema importância para base de entendimento. O ajuizar, ou seja, juízos é uma atividade humana por excelência. Quando articulamos dois conceitos, como por exemplo, " mesa e estudo " podemos compreender que " esta é uma mesa de estudos. " . Isso é formar juízos. " Todo juízo implica, certamente, um julgamento que, por um lado, é subjetivo, individual e, por outro, socialmente produzido historicamente, em consonância com os determinantes socioculturais. " (DALGALARRONDO, 2019, P.206).

As alterações do juízo, implicam em alterações diretas no pensamento. Iremos abordar dois tipos de alterações, na qual nos darão um norte de quais processos são mórbidos e quais são somente erros. Erro simples do Juízo: Os erros simples se originam da ignorância, do julgar apressado, do uso de premissas falsas ou da carência de lógica no pensamento. Geralmente estão associados a crenças de um grupo, e a rigidez de uma religião. Ex: 1^a Acreditar que uma pessoa com risada anormal, trata-se de uma pessoa portadora de espíritos malignos em seu corpo. Desta forma, tratar todos da mesma maneira. 2^a Atribuir a coincidências ocasionais, uma conclusão absoluta. Como dizer que toda vez que um dente cai, uma pessoa morre. Os erros simples são sociais ou psicologicamente comprehensíveis. Enquanto no Delírio não. Sua característica principal é a **INCOMPREENSIBILIDADE**.

Faz-se necessário o entendimento sobre a diferença entre as alterações do juízo, principalmente para um diagnóstico assertivo. A noção entre o normal e o patológico é de extrema importância. Outro ponto que devemos observar, é o estudo e observação das crenças culturais e superstições do paciente. Isso direciona se ele possui um transtorno mental de DELÍRIO, ou somente segue tradições e crenças que podem ser alteradas durante o processo terapêutico.

DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES SEGUNDO O DSM-V-TR

No DSM-V-TR, os delírios e as alucinações são definidos como sintomas psicóticos centrais e compõem os chamados sintomas positivos da esquizofrenia. Ambos representam uma ruptura com a realidade, mas se manifestam de maneiras distintas: os delírios ocorrem no nível do pensamento e da crença, enquanto as alucinações ocorrem no nível da percepção sensorial.

DELÍRIO

O DSM-V-TR define delírio como uma crença falsa, baseada em inferências incorretas acerca da realidade externa, firmemente sustentada mesmo quando há evidências claras que a contradizem. Essas crenças não são comuns na cultura ou no grupo social do indivíduo, o que as diferencia de crenças compartilhadas culturalmente (como crenças religiosas ou ideológicas). Os delírios podem assumir diferentes formas, sendo os mais frequentes:

- Delírios persecutórios: crença de que está sendo perseguido, espionado ou prejudicado;
- Delírios de grandeza: convicção de possuir habilidades extraordinárias, fama ou poder;
- Delírios de referência: interpretação de acontecimentos ou gestos como sendo dirigidos diretamente a si;
- Delírios somáticos: crenças falsas envolvendo o funcionamento ou aparência do corpo;
- Delírios bizarros: crenças completamente implausíveis e incompreensíveis dentro do contexto cultural, como a ideia de que órgãos foram removidos sem deixar cicatrizes.

ALUCINAÇÃO

Por sua vez, o DSM-V-TR conceitua alucinação como uma experiência sensorial sem estímulo externo correspondente, que parece real para a pessoa. As alucinações são vivenciadas como originadas de fora da mente e não sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia. Outros tipos incluem:

- Alucinações visuais: ver objetos, pessoas ou luzes inexistentes;
- Alucinações olfativas: sentir cheiros sem origem real;
- Alucinações gustativas: percepções gustativas falsas, frequentemente desagradáveis;
- Alucinações tátteis (ou somáticas): sensação de toque ou movimento corporal inexistente.

O DSM-V-TR destaca que, para fins diagnósticos, é importante avaliar se essas experiências não estão relacionadas a estados de consciência alterados, uso de substâncias ou condições médicas gerais. A presença de delírios ou alucinações proeminentes por pelo menos um mês é suficiente para atender um dos critérios essenciais (critério A1 ou A2) para o diagnóstico de esquizofrenia.

DELÍRIO E ALUCINAÇÃO POR DALGALARRONDO

A capacidade de formar juízos — ou seja, julgar, afirmar algo sobre o mundo — é uma atividade essencialmente humana. Quando ligamos ideias e afirmamos algo, como em "essa é uma mesa de estudo", estamos construindo um juízo. Julgar envolve tanto uma dimensão pessoal e subjetiva quanto uma construção social, moldada por fatores históricos e culturais. De acordo com Nobre de Melo (1979), os juízos nos ajudam a interpretar e nos relacionar com o mundo, distinguindo, por exemplo, o que é real do que é imaginado (juízos de realidade), o que é bom ou ruim (juízos de valor) ou o que é bonito (juízos estéticos). Existem também diferentes graus e tipos de juízo: certos, opinativos, coerentes, espontâneos, entre outros.

Na psicopatologia, o foco principal está nos juízos de realidade, especialmente quando são alterados, como ocorre nos delírios. Alterações nessa capacidade de julgar a realidade são vistas como alterações do pensamento. Nem todo juízo falso é patológico, podemos cometer erros. Mas, quando a falsidade do juízo é causada por um transtorno mental, estamos diante de um fenômeno psicopatológico, sendo o delírio o principal exemplo.

As ideias prevalentes, também conhecidas como ideias sobrevalorizadas, são pensamentos que assumem forte predominância na mente do indivíduo devido à sua intensa carga afetiva. Segundo Dalgalarrondo (2008), essas ideias são mantidas de forma persistente porque estão alinhadas aos valores e desejos do sujeito, sendo, portanto, egossintônicas — ou seja, aceitas pelo próprio indivíduo como coerentes com sua visão de mundo.

Diferenciam-se das ideias obsessivas, que são egodistônicas (percebidas como incômodas ou intrusivas), e dos delírios, nos quais há perda de crítica e rompimento com a realidade compartilhada. Nobre de Melo (1979) chamou essas ideias de "ideias errôneas por superestimação afetiva", enfatizando o papel da catatimia — a influência dos afetos sobre o pensamento. De acordo com Veale, autores norte-americanos consideram a intensidade da crença e o nível de insight como os principais critérios para classificar uma ideia como sobrevalorizada.

Já os europeus ressaltam características como: forte convicção, aceitação pelo sujeito, vínculo emocional elevado, origem compreensível na história de vida do indivíduo e potencial de causar sofrimento ou prejuízo funcional.

Apesar de poderem ser encontradas em quadros clínicos, nem todas as ideias prevalentes são patológicas. Em certos contextos, como preocupações excessivas com entes queridos ou crenças políticas/religiosas rígidas, elas ainda fazem parte da psicologia do normal, desde que não comprometam significativamente o funcionamento do indivíduo.

O delírio é conceituado por Karl Jaspers como um juízo patologicamente falso, originado por um processo mórbido no pensamento, ou seja, por um adoecimento mental. Mais do que o conteúdo em si, o que caracteriza o delírio é a forma como a crença é construída e sustentada pelo sujeito, mesmo diante de evidências contrárias. Jaspers descreve três características fundamentais para a identificação do delírio na prática clínica:

Certeza subjetiva absoluta: o paciente acredita com total convicção em sua ideia, não considerando a possibilidade de erro.

Irremovibilidade: a crença delirante não se modifica com argumentos lógicos, provas reais ou confrontação com a realidade. Conteúdo impossível ou implausível: o conteúdo é, na maioria das vezes, absurdo ou desconectado da realidade consensual, embora possa ocasionalmente coincidir com fatos, o que não invalida seu caráter patológico.

Autores como Butler e Braff (1991) ampliam esses critérios, destacando outras características importantes:

O conteúdo delirante é vivido pelo sujeito como auto evidente, mesmo quando completamente ilógico. O diagnóstico de delírio pressupõe que o indivíduo possua recursos cognitivos suficientes para distinguir realidade de fantasia, o que exclui casos de deficiência intelectual grave. O delírio é idiosincrático e associal, ou seja, não é partilhado nem validado por um grupo cultural, religioso ou político. Ao delirar, o indivíduo se distancia de sua rede sociocultural e constrói uma convicção própria, fora dos parâmetros da realidade coletiva. Exemplos clínicos típicos incluem crenças como: “implantaram um chip em meu cérebro para controlar meus pensamentos” ou “sou uma divindade que pode acabar com o sofrimento do mundo”. Tais ideias, ainda que possam ocasionalmente conter fragmentos de realidade, se organizam e se mantêm de forma psicopatológica.

A classificação dos delírios segundo sua estrutura permite dividir -los em categorias importantes para a avaliação clínica e psicopatológica: delírios simples ou complexos, e sistematizados ou não sistematizados.

Os delírios simples (ou monotemáticos) caracterizam-se por se desenvolverem em torno de um único tema, como perseguição, ciúme ou religiosidade. Já os delírios complexos (ou pluri temáticas) envolvem múltiplos conteúdos simultaneamente, como perseguição misturada a ideias místico-religiosas ou reivindicatórias, criando quadros clínicos mais amplos e multifacetados.

Quanto à organização lógica interna, distinguem-se os delírios:

Não sistematizados: apresentam conteúdos desconexos e instáveis, sem uma linha de raciocínio clara ou consistente. São típicos em pacientes com déficit intelectual, estados confusionais ou demenciais, onde o pensamento encontra-se desorganizado.

Sistematizados: possuem estrutura lógica e interna coerente, com narrativas organizadas e persistentes ao longo do tempo. O paciente elabora detalhadamente seu delírio, frequentemente utilizando sua inteligência para sustentar, ampliar e justificar a crença delirante. Nesses casos, como descreveu Karl Jaspers, observa-se a “inteligência a serviço do delírio”, especialmente em quadros como a paranoia (transtorno delirante persistente). Essa forma de estruturação demonstra que o delírio, em certos contextos, não decorre de falta de inteligência, mas da utilização desta para reforçar e consolidar o sistema delirante. O conteúdo pode ser logicamente elaborado, mas continua desconectado da realidade compartilhada.

RELAÇÃO ENTRE DELÍRIO E ALUCINAÇÃO

As relações entre delírio e alucinação são complexas e multifacetadas, interagindo de forma bidirecional, ou seja, ambos podem influenciar e potencializar um ao outro. Essa interação pode ocorrer de maneira dinâmica, com as alucinações precedendo ou sendo precedidas pelos delírios, dependendo do caso.

A hipótese dos delírios alucinatórios, segundo estudos como o de Ben -Zeev et al. (2012), sugere que as alucinações podem, em muitos casos, antecipar o surgimento de delírios. Por exemplo, pacientes com esquizofrenia podem ouvir vozes ameaçadoras, o que posteriormente leva ao desenvolvimento de delírios persecutórios, como a crença de que alguém está tramando sua morte.

Estudos empíricos, como os de De Loore et al. (2011), corroboram essa ideia ao indicar que os delírios frequentemente surgem após as alucinações, sendo, portanto, um processo desencadeado ou influenciado por elas. No entanto, também é possível que o oposto ocorra, com os delírios surgindo primeiro e, consequentemente, influenciando a percepção sensorial do paciente, levando-o a desenvolver alucinações.

Além disso, delírios e alucinações não só se alimentam mutuamente, mas as alucinações podem fornecer uma "prova de realidade" para os delírios. Por exemplo, um paciente que ouve vozes ameaçadoras pode interpretar essas alucinações como uma confirmação de que estão de fato sendo perseguidos. Similarmente, o delírio pode fornecer uma explicação para a alucinação, como no caso em que o paciente acredita que as vozes vêm de uma organização criminosa. Essas inter-relações entre delírio e alucinação são centrais para a compreensão das psicoses, e seu estudo pode oferecer importantes pistas para entender as experiências psicóticas.

Figura 1: Esquema para o surgimento e a retroalimentação entre disforias, alucinações e delírios.

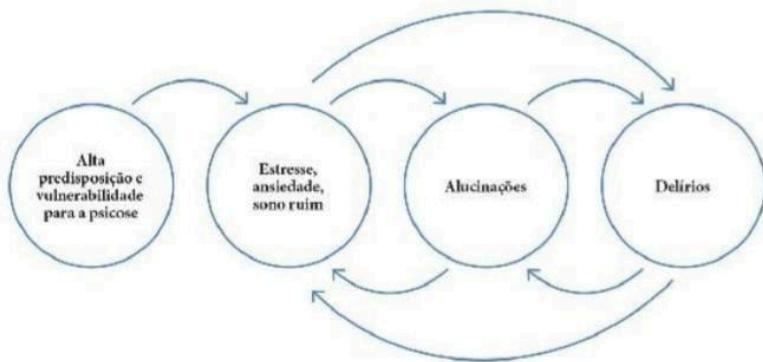


Figura 21.1 | Esquema para o surgimento e a retroalimentação entre disforias, alucinações e delírios.

1

Fonte:

As alucinações são definidas como percepções vívidas, nítidas e claras de estímulos sensoriais (como vozes, imagens ou ruídos) sem a presença de um objeto externo real que os justifique. Quando apresentam características semelhantes às de uma percepção normal — como projeção no espaço externo, corporeidade, nitidez e constância —, são chamadas por alguns autores de alucinações verdadeiras (Aleman & Laroi, 2008).

Embora a maioria das alucinações envolva os dois órgãos sensoriais (ambos os olhos, ouvidos etc.), também há relatos de percepções alucinatórias unilaterais ou restritas a partes específicas do campo sensorial.

As alucinações, especialmente auditivas, costumam causar sofrimento psíquico, ansiedade e reações emocionais negativas. No entanto, pesquisas atuais indicam que esses estados emocionais, como ansiedade, estresse, disforia e alterações no humor, também podem atuar como gatilhos para o surgimento de alucinações, sobretudo em indivíduos com vulnerabilidade psicológica.

¹ Figura 1: Esquema para o surgimento e a retroalimentação entre disforias, alucinações e delírios.

Ratcliffe e Wilkinson , apontam que a ansiedade elevada pode estar associada ao desencadeamento de vozes alucinatórias humilhantes, acusatórias ou ameaçadoras. Reeve et al., ao revisarem 66 estudos, mostraram que problemas com o sono, como insônia e má qualidade do sono, também estão diretamente ligados à emergência de alucinações e delírios em indivíduos com transtornos psicóticos.

Por fim, indivíduos com alta vulnerabilidade à psicose apresentam uma maior sensibilidade ao estresse e a eventos negativos mí nimos, que são percebidos como altamente ameaçadores e desproporcionalmente significativos, favorecendo a manifestação de sintomas psicóticos como alucinações audioverbais e delírios.

Figura 2: Esquema da relação entre estresses e alucinações.



Figura 16.1 | Esquema da relação entre estresses e alucinações.

2

Fonte:

² Figura 2: Esquema da relação entre estresses e alucinações.

TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, é uma abordagem psicoterapêutica que visa a redução de reações emocionais intensas e comportamentos desadaptativos. Para isso, trabalha-se a modificação de pensamentos e crenças disfuncionais que estão na base desses comportamentos e emoções. As diversas formas de aplicação da TCC a partir do modelo de Beck têm como fundamento a formulação cognitiva individualizada, que envolve a identificação de crenças mal adaptativas, estratégias comportamentais, fatores de manutenção dos transtornos, além da conceitualização e compreensão das crenças específicas de cada paciente.

A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser compreendida como um processo de aprendizagem de novos padrões cognitivos, por meio de instrução ou modelagem conduzida pelo terapeuta. O paciente internaliza, através da prática repetida, hábitos de pensamento mais funcionais que passam a ser utilizados de forma autônoma. Neurologicamente, esse processo implica a modificação das conexões neurais, especialmente no córtex frontal, área associada a funções executivas como planejamento e tomada de decisões. A terapia pode também promover alterações em outras regiões cerebrais, contribuindo para mudanças cognitivas mais amplas. À medida que o paciente desenvolve a capacidade de questionar e analisar suas crenças disfuncionais, há uma tendência de redução nas convicções delirantes e nos sintomas associados, como o estresse.

Os delírios são definidos como crenças disfuncionais, fortemente enraizadas, que resistem à argumentação lógica e às evidências contrárias. Na TCC, entende-se que tais crenças derivam de erros sistemáticos de interpretação da realidade, baseados em vieses cognitivos como o viés de confirmação, atribuições externas e dificuldade em considerar explicações alternativas (BECK et al., 2009).

Por exemplo, uma pessoa que sofre de delírio persecutório pode interpretar olhares neutros como ameaçadores, confirmando a crença de que está sendo vigiada ou perseguida. Esses processos estão ligados à forma como o indivíduo seleciona, interpreta

e lembra das informações do ambiente. O delírio é definido como uma crença falsa, mantida com forte convicção, que não é passível de correção pela lógica ou evidências, e que não é compatível com a cultura ou experiências do indivíduo. Trata-se de uma perturbação do pensamento, e não da percepção.

Segundo Jaspers (1997), um delírio possui três características essenciais: Convicção inabalável – o indivíduo está absolutamente certo da ideia delirante; Impenetrabilidade – a crença não pode ser modificada por argumentos racionais; Conteúdo absurdo ou falso – a ideia é incoerente com a realidade.

As alucinações, especialmente as auditivas, são vistas na TCC como falhas no monitoramento da realidade e da origem dos próprios pensamentos. Assim, pensamentos internos podem ser interpretados erroneamente como vozes externas. Essa interpretação equivocada pode estar associada a crenças desadaptativas sobre o conteúdo ou a origem das vozes, como acreditar que elas têm poder real ou que não podem ser controladas (WRIGHT et al., 2009).

Além disso, fatores como isolamento social, estresse e baixa autoestima contribuem para a vulnerabilidade à ocorrência de alucinações (NEVES, 2011). As intervenções da TCC buscam identificar essas crenças e desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais que permitam ao indivíduo questionar e lidar melhor com essas experiências.

A alucinação é definida como uma falsa percepção sensorial, vivenciada como real pelo indivíduo, mesmo na ausência de estímulo externo correspondente (DALGALARRONDO, 2008). Pode ocorrer em qualquer modalidade sensorial: auditiva, visual, tátil, olfativa ou gustativa.

Auditiva: ouvir vozes que falam com a pessoa ou comentam suas ações.

Visual: ver pessoas, sombras ou objetos inexistentes.

Tátil: sentir insetos andando sobre a pele (alucinose tátil).

Olfativa: sentir cheiros desagradáveis sem origem real (como enxofre).

Gustativa: sentir gosto de veneno em alimentos, mesmo que estejam normais.

PSICANÁLISE

É possível tratar delírios e alucinações dentro da perspectiva psicanalítica, especialmente a partir das reformulações teóricas propostas por Jacques Lacan. Enquanto Freud, em sua formulação inicial, mostrou-se reticente quanto à viabilidade do tratamento psicanalítico

dá psicose, devido à dificuldade de estabelecer o laço transferencial nos mesmos moldes da neurose, Lacan reconheceu a especificidade da estrutura psicótica e propôs novas possibilidades clínicas.

Freud identificava o delírio como uma tentativa de reconstrução da realidade psíquica, reconhecendo sua função significativa no processo subjetivo. Contudo, a ausência do mecanismo do recalque típico da neurose, substituído na psicose pelo mecanismo da forclusão (rejeição radical de um significante primordial (o Nome-do-Pai) do campo simbólico do sujeito), conforme formulado por Lacan, evidencia um modo distinto de constituição do sujeito psicótico. Para Lacan, o delírio não é apenas um sintoma a ser suprimido, mas uma produção discursiva que busca reorganizar simbolicamente o mundo psíquico frente a uma falha estrutural na inscrição do Nome-do-Pai.

Nessa perspectiva, a escuta psicanalítica se propõe a acolher e interpretar as formações delirantes e alucinatórias, não com o intuito de eliminá-las, mas de compreendê-las como formações do inconsciente que expressam uma tentativa de estabilização subjetiva. O tratamento, portanto, visa oferecer um espaço simbólico onde o sujeito possa construir novos arranjos psíquicos e estabelecer formas singulares de lidar com o real que irrompe em sua experiência.

Entretanto com base nas evidências científicas disponíveis, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado uma abordagem eficaz no manejo de delírios e alucinações, especialmente quando associada ao uso de medicação antipsicótica. Essa combinação tem sido amplamente recomendada na prática clínica por sua capacidade de reduzir a intensidade dos sintomas psicóticos e promover maior funcionalidade ao paciente. Embora a Psicanálise ofereça importantes contribuições para a compreensão da subjetividade e da experiência singular do sujeito psicótico, sua eficácia direta na redução desses sintomas ainda carece de validação empírica robusta. Assim, a integração entre TCC e psicofarmacologia permanece como a estratégia terapêutica mais indicada para o

tratamento dos quadros psicóticos na atualidade.

ESTUDO DE CASO

CASO 1

Observaremos abaixo, o estudo de dois casos, Majir e Rhonda.

Paciente Majir, relata sua história em uma visita ao shopping center para comprar um jogo de computador: O paciente Majir teve grande dificuldade quando começou a acreditar que um grupo de adolescentes sabia tudo sobre ele e era essencialmente capaz de ler sua mente. Em consequência disso, voltou para casa sentindo-se muito aflito e sem o jogo que pretendia comprar.

"Majir: Quando eu estava entrando no shopping center, ouvi um grupo de adolescentes rindo alto. E pararam de repente. Uma das garotas olhou para mim. Ela sabia tudo sobre mim. Comecei a me sentir "depravado" e ficou martelando em mim: "Você é um fracasso, nada vai dar certo...".

Majir: Eu tive certeza... " O terapeuta por sua vez deve desenvolver evidências contra uma crença delirante, sendo criativo e persiste ao fazer perguntas por meio do questionamento e utilizar outros procedimentos para incentivar um teste de realidade preciso. Vejamos abaixo:

" Dr. Kingdon: Realmente, parece que foi uma experiência muito angustiante. Poderia me ajudar a entender exatamente o que você vivenciou? Você entrou no shopping center... alguns adolescentes estavam rindo e então pararam de rir: Você acreditou que sabiam o que tinha acontecido com você. Esses adolescentes o conhecem?

Dr: Kingdon: Então, quando pararam de rir, você achou que foi por sua causa. Poderia ser alguma outra coisa? (pausa) Adolescentes rindo e então param de rir... existe alguma outra possibilidade para isso ter acontecido?

CASO 2

" Rhonda, uma paciente de 34 anos com esquizofrenia, estava deprimida em relação às suas circunstâncias. Ela tinha uma crença bastante fixa que exigia esforço significativo

para mudar. Ela tinha certeza de que programas de TV lhe enviavam mensagens especiais e de que o conteúdo do programa fora escrito expressamente para ela:

" Rhonda: Estou convencida de que isso está acontecendo. Ontem, uma mulher no programa de receitas estava preparando um prato italiano ao qual deu o nome de seu marido. Ela ficou falando de sua lua-de-mel maravilhosa na Itália. Havia uma clara mensagem do programa de como meu casamento é um desastre... que meu marido tinha acabado de me dizer que nunca mais viajaria para nenhum lugar comigo de novo... que nunca vou ser feliz. De alguma forma, eles sabem exatamente o que está acontecendo comigo.

" O terapeuta, em sua abordagem TCC, deve questioná-la a respeito de suas crenças de forma sutil, e acolhedora, levando então a paciente a tentativa de compreensão de sua crença exposta. Por vezes, não somente em formas de diálogos, mas levando a paciente a ocasiões em que ela mesmo chegue a esta conclusão.

Observe: " Terapeuta: E quando você acha que o programa foi filmado?

Rhonda: Não sei.

Terapeuta: Você tem como descobrir onde e quando o programa foi filmado exatamente?

Rhonda: Acho que eu poderia entrar em contato com o programa de receitas - ligar para eles ou procurar na internet.

Terapeuta: Você poderia fazer mesmo isso?

Rhonda: Não tenho certeza.

Terapeuta: Você conhece alguém em quem confia e que poderia ajudá-la nesta questão com o programa de receitas?

Rhonda: Acho que poderia pedir à minha irmã.

Terapeuta: Você confiaria em sua irmã para obter informações precisas?

Rhonda: Sim. Terapeuta: Tudo bem. Então, você estaria disposta a pedir ajuda à sua irmã?

Rhonda: Sim, eu poderia fazer isso.

PERGUNTAS PARA EXPLORAR E DETALHAR Iniciar a entrevista, com cuidado e perguntar, seu estado civil, onde mora etc.).

Caso relate o delírio, perguntar: "como é que você sabe disso?" Como ele chegou a essas conclusões?".

A seguir, são apresentadas perguntas referentes aos distintos tipo de Delírios.

Delírio de perseguição: Você tem motivos para desconfiar de alguém? Alguém tentou prejudicá-lo? Recebeu ameaças? Foi roubado ou enganado? Alguém o persegue? Tem inimigos? Insultam-no? Por que motivos? Trata-se de um complô, de uma "armação", de uma máfia? A perseguição prejudica o seu cônjuge, confia nele? Também quer pegar a família? Quando começou a perseguição e por que motivo? Você está certo do que me disse ou acha que podem ser "coisas de sua imaginação"? Você não está enganado? Como pensa defender-se desses perigos?

Delírios de referência: Observou se as pessoas falam de você quando conversam? Tem notado se, na rua ou em outro lugar, alguém o segue ou espia? Alguém faz gestos ou sinais quando você passa? Viu nos jornais ou na televisão alguma coisa a seu respeito? Conhece as pessoas que fazem essas coisas? Que intenção elas têm? Delírios de influência: Já sentiu algo externo influenciando seu corpo? Já recebeu algum tipo de mensagem? Alguma força externa influencia ou controla seus pensamentos? Já teve a sensação de que alguém ou algo pode ler sua mente? Já sentiu que seus pensamentos podem ser percebidos ou ouvidos pelos outros? Tem a sensação de que controlam seus sentimentos, seu corpo ou suas vontades? Ideias/delírios de ciúmes: Você confia no seu cônjuge? Tem motivos para suspeitar de sua fidelidade? Tem provas de que o enganou ou traiu? Como foi que começou? Como tem certeza de que o traiu?

Delírios depressivos e hipocondríacos: Tem pensamentos tristes ou negativos? Há algo de que se arrepende? Fez mal a alguma pessoa? Culpam-no de algum crime ou falta?

As pessoas reprovam ou condenam seu comportamento? Teme arruinar-se? Acha que não poderá mais trabalhar e que sua família passará fome? Preocupa-se com sua saúde? Que partes de seu corpo estão doentes? Algo está errado com ele? Falta algo em seu corpo? Alguma parte dele está podre ou estragada?

Delírios de grandeza: Sente-se especialmente forte ou capaz? Tem algum talento ou alguma habilidade especial? Tem projetos, realizações especiais para o futuro? Aumentou

ultimamente sua capacidade para o trabalho? Observou se uma pessoa importante se interessa por você? Você é uma pessoa rica?

Delírios religiosos: Você é uma pessoa religiosa? Já teve contato ou recebeu influências de espíritos ou forças sobrenaturais? Você sente que tem uma relação especial com Deus? 3 Teve contato com forças sobrenaturais, como espíritos, anjos ou demônios? Já conversou com Deus? Já conversou com espíritos? Ideias obsessivas: Há pensamentos que surgem com frequência em sua mente? Quais são esses pensamentos? se repetem constantemente? De onde vêm tais pensamentos? São seus mesmos? São desagradáveis? Você faz algo para livrar-se deles? Prática rituais (de verificação, de limpeza etc.) para atenuar ou neutralizar esses pensamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos casos clínicos de Majir e Rhonda permitiu compreender, de maneira prática, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser eficaz na abordagem de pacientes com delírios. Ambos os pacientes apresentaram crenças delirantes, Majir com ideias persecutórias e Rhonda com ideias de referência, que impactavam negativamente sua percepção da realidade e seu bem-estar emocional. Através da TCC, o terapeuta adota uma postura investigativa e acolhedora, evitando confrontos diretos e priorizando o questionamento gentil, conhecido como questionamento socrático. Essa técnica consiste em fazer perguntas que ajudam o paciente a refletir sobre suas crenças, levantando hipóteses alternativas e estimulando um pensamento mais realista. No caso de Majir, por exemplo, o terapeuta o levou a considerar outras possibilidades para o comportamento dos adolescentes no shopping. Já com Rhonda, foi sugerido que ela buscasse evidências concretas sobre o programa de TV, envolvendo até mesmo uma pessoa de sua confiança. Além disso, o estudo apresentou um conjunto de perguntas que podem ser utilizadas como guia para explorar os diferentes tipos de delírios (persecutórios, de referência, de influência, ciúmes, religiosos, entre outros). Essas perguntas são essenciais para que o terapeuta compreenda melhor a natureza e a intensidade da crença delirante do paciente, permitindo uma intervenção mais direcionada e eficaz.

Portanto, conclui-se que a TCC, quando aplicada com sensibilidade, respeito e técnica, oferece instrumentos valiosos para ajudar o paciente a lidar com seus delírios. O papel do terapeuta é, antes de tudo, o de estabelecer um vínculo de confiança, promovendo um ambiente seguro para que o paciente possa questionar, aos poucos, suas interpretações distorcidas da realidade. Essa abordagem não visa simplesmente "corrigir" pensamentos, mas sim guiar o paciente em um processo de descoberta e reconstrução de significado, promovendo melhora no seu funcionamento psicológico e na sua qualidade de vida. Portanto, delírios e alucinações não devem ser vistos de forma isolada, mas como fenômenos interdependentes, que envolvem complexas interações entre aspectos cognitivos, afetivos e sociais.

Compreender essas manifestações em sua totalidade exige uma abordagem multidimensional que inclua, além do diagnóstico preciso, uma escuta clínica qualificada e

sensível às nuances do sofrimento psíquico. Tal compreensão é fundamental tanto para o cuidado clínico quanto para a construção de intervenções mais eficazes e humanizadas no tratamento das psicopatologias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, João José R. L. **Algumas Considerações Filosóficas Sobre Delírio e Alucinação no DSM-IV.** [s.d.]. Disponível em:

https://www.psicanalisefilosofia.com.br/textos/dsm_iv.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Psychosis: A Meta-Analytic Review.** Psychiatric Services, 2014.

DOI: 10.1176/appi.ps.201300213. Disponível em:

<https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201300213>. Acesso em: 8 maio 2025.

BECK, Aaron T.; RECTER, Neil A.; STOLAR, Norman; GRANT, Paul. **Terapia cognitiva da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DSM-IV-TR (versão em português): AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado.** 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FAG - ANAIS da Mostra Científica FAG, 2022. Disponível em:
<https://www4.fag.edu.br/anais-2022/Anais-2022-52.pdf>. Acesso em: 8 maio 2025.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia geral.** São Paulo: Atheneu, 1997.

NEVES, Mariana Oliveira. **Alucinação e delírio na esquizofrenia sob a perspectiva das neurociências e da terapia cognitiva.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/54646>. Acesso em: 11 maio 2025.

PUBMED (artigo 1 – ID 24686725) - SANCHEZ, G. M. et al. **Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review**, v. 65, n. 4, p. 444–452, 2014. DOI: 10.1176/appi.ps.201300213. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24686725/>. Acesso em: 8 maio 2025

UFSJ - NASCIMENTO, Jorge Henrique. **Doença mental, direito e biopolítica: um estudo foucaultiano**. Analytica: Revista de Filosofia, São João del-Rei, v. 10, n. 19, p. 208–229, 2022. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/3339/2113>. Acesso em: 8 maio 2025.

WRIGHT, Jesse H. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WRIGHT, Jesse H.; TURKINGTON, Douglas; KINGDON, David G.; BASCO, Monica R. Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves. Porto Alegre: Artmed, 2009.