

**ACADEMIA  
DE  
TERAPIA COGNITIVA**

**Manual do Candidato**

**Revisado Julho 2014**

## **Índice**

1. Certificado de Requisito de habilidades
2. Elegibilidade
3. Processo de Inscrição
4. Notificação
5. Política de Apelação
6. Política de confidencialidade
7. Política disciplinar
8. Procedimentos para observância da Lei para Americanos com Deficiências (ADA)
9. Não discriminação

### **Anexos:**

- A. Inscrição- Parte I
- B. Escala de Terapia Cognitiva
- C. Manual de Terapia Cognitiva
- D. Orientações de Resenha de Casos
- E. Amostra de Resenha de Caso
- F. Escala de Resenha de Caso

Este Manual do Candidato foi criado para informar os possíveis candidatos para a Academia de Terapia Cognitiva (ACT) sobre os padrões atuais, políticas e as práticas relativas à Certificação da ACT e sobre o Processo de Certificação. A ACT se reserva o direito de revisar este Manual do Candidato, bem como as políticas nele estabelecidas, conforme julgue apropriado. Para assegurar-se de que você está com a última versão deste manual, queira acessar o site da ACT ou contate os seus escritórios.

## **1. Requisitos de Capacidades para Certificação**

A ACT reconhece como um Terapeuta Cognitivo Certificado aquele que, de acordo com as normas estabelecidas pela ACT, possua, comprovadamente, habilidade na formulação de casos, conceitualização e esquema de plano de tratamento. Igualmente, no contexto de uma sessão de terapia, o terapeuta deverá demonstrar eficácia nas seguintes áreas:

Definição de objetivos, suscitação adequada de feedback, empatia e compreensão, eficácia interpessoal, colaboração terapeuta-paciente, ritmo e uso adequado de tempo, uso de descoberta guiada, foco em cognições-chave e/ou comportamentos, desenvolvimento de uma estratégia de mudança, aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais, e tarefas de casa.

## **2. Qualificação**

Para se qualificar ao Certificado da ACT, o candidato deverá cumprir os seguintes requisitos mínimos:

- (1) O candidato deverá possuir um diploma de graduação no campo da saúde mental (ou equivalente, conforme julgar o Comitê de Credenciais, no caso de candidatos não-norte-americanos).
- (2) O candidato deverá ser licenciado para a prática clínica no estado ou território onde sua prática seja exercida (se uma licença for emitida no local).
- (3) O candidato deverá estar conforme com as normas estabelecidas pelo Código de Ética de sua Entidade de Classe Nacional.
- (4) O candidato deverá preencher os seguintes requisitos no campo da terapia cognitiva, conforme especificado na Parte I da inscrição: a) no mínimo, 40 horas de treinamento específico para terapia cognitiva, b) tratamento de, pelo menos, dez (10) pacientes usando o modelo cognitivo, c) satisfazer, pelo menos, cinco (5) dos Requisitos de Leitura da Terapia Cognitiva, d) utilização do modelo cognitivo em tratamento de, no mínimo, um (1) ano anterior à inscrição, e) envio de duas (2) Cartas de Recomendação Profissional de colegas e f) envio de um currículo vitae comprovando formação cumulativa suficiente e treinamento em terapia cognitiva.

## **3. Processo de Inscrição**

O candidato deverá submeter a inscrição requerida (Parte I e Parte II), as taxas e os documentos comprobatórios dentro dos prazos estabelecidos, conforme determinado pelo Comitê de Credenciais. Não haverá nenhuma exceção ou isenção para qualquer item da inscrição. O procedimento para o preenchimento da inscrição segue descrito abaixo:

- (1) Os candidatos enviarão a Parte I da inscrição;
- (2) Somente quando for notificado da aprovação da Parte I é que o candidato será convocado a enviar a Parte II da mesma.
- (3) A Parte II deverá ser enviada no máximo dois (2) anos após a data da notificação de aprovação da Parte I. Se ultrapassar o prazo de dois (2) desta data de notificação, o candidato deverá enviar novamente a Parte I e a respectiva taxa, e aguardar a notificação de aprovação antes de enviar a Parte II da inscrição.

#### **4. Notificação**

O Comitê de Credenciais notificará os candidatos os resultados das suas inscrições - Parte I ou Parte II - ou do seu Exame de Recertificação, dentro de 90 dias.

#### **6. Política de Recurso**

O direito de recurso é concedido àqueles que tiveram negado o certificado ACT. Ao solicitar um recurso, serão oferecidas ao requerente duas opções:

- (1) ele/ela poderão solicitar que outro membro, independente, do Comitê de Credenciais avalie a sua inscrição, ou
  - (2) ele/ela poderão solicitar uma audiência formal de recurso.
- A taxa para o avaliador adicional será de \$75, sendo que o mesmo terá a decisão final. Nenhuma taxa será cobrada para uma audiência de recurso, sendo que o Comitê de Recursos terá a decisão final. O Comitê de Recursos reserva-se o direito de negar toda a Petição de Recurso que não esteja suficientemente embasada.

#### **7. Política de Confidencialidade**

É parte da política da ACT manter sigilo sobre toda e qualquer informação referente às informações pessoais dos seus candidatos, certificandos e clientes; informações específicas sobre as candidaturas enviadas e as avaliações; informações sobre os contatos dos certificandos (a menos que o certificando faça declaração expressa de que esta informação seja de domínio público); solicitação de recursos dos candidatos e todas as recomendações emitidas pelo Comitê de Recursos para os mesmos.

#### **8. Verificação de Identidade**

Os candidatos deverão enviar a fotocópia de uma licença válida para clínica em psicoterapia no seu estado, bem como assinar um atestado de autenticidade de todos os materiais apresentados como parte do processo de candidatura, a fim de comprovação de sua identidade e autoria dos materiais.

#### **9. Política Disciplinar**

A ACT se reserva o direito de negar ou revogar a elegibilidade ou certificação de qualquer candidato, ou certificando, de acordo com o regulamento estipulado na sua política disciplinar, que inclui, mas não se limita à, qualquer candidatura à ACT que contenha credencial ou material falsificado ou fraudulento, ou ainda que seja validado por meios enganosos. A Política Disciplinar completa está disponível mediante solicitação.

## **10. Procedimentos para Observância das Normas da Lei Americana de Deficiências (ADA)**

Nossos instrumentos de avaliação não exigem a presença dos candidatos nos escritórios da ACT para a realização de testes. Os candidatos poderão preencher os formulários de candidatura na privacidade de suas casas ou escritórios. Portanto, solicitações para acomodações para este fim não se aplicam. A ACT está em total conformidade com as normas da ADA.

## **11. Não-discriminação**

É parte fundamental da política da Entidade proibir estritamente qualquer discriminação baseada na raça, cor, religião, nacionalidade, ancestralidade, sexo, deficiência, orientação sexual ou idade, nos termos, condições e privilégios de emprego e afiliação na Entidade, e na administração, implementação e utilização de programas e serviços.

=====

**ANEXO A – CANDIDATURA – PARTE I**  
**SOLICITAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO COMO TERAPEUTA COGNITIVO**

Queira enviar um original e uma cópia deste formulário, uma cópia de sua licença profissional atual (se disponível na sua cidade), uma cópia do seu currículo, e seu pagamento em cheque ou cartão de crédito por \$250, para a Academia de Terapia Cognitiva, 245 N. 15th Street, MS 403/#17302, New College building/Department of Psychiatry/Philadelphia, PA 19102. Se você for um membro ativo em dia com suas obrigações junto à ACT, como um Colega de Profissão, Cientista Pesquisador ou Estudante Afiliado, você terá direito a um desconto na sua candidatura à certificação. Favor contatar os escritórios da ACT para nos informar. (Para sua segurança, a ACT não mais aceitará números de cartão de crédito por fax, correio ou por email. Se desejar pagar com cartão de crédito, por favor acesse nosso site, [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org) para encaminhar o processo de candidatura por via eletrônica).

**PARTE I**

Data:

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA (Favor digitar ou escrever em letra de forma legível):

Data:-----

Nome: -----

Endereço(s) Comercial(ais):

1. Instalações

Rua	conj.	Cidade	Estado
Cep			
Fone	Fax	Email	

2. Instalações

Rua	Conj.	Cidade	Estado
Cep			
Fone	Fax	Email	

Endereço particular:

Rua	Conj.	Cidade	Estado
Cep			
Fone	Fax	Email	Website

Favor assinalar uma opção:

Prefiro receber a correspondência da ACT no meu endereço:

----- profissional (favor especificar qual, se houver mais de um:-----)

-----residencial.

Como você conheceu a ACT?-----



INFORMAÇÕES SOBRE A OPERADORA DE SEGURO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL.

Nome da Operadora:

Endereço:

Cidade: Estado: Cep:

Apólice #: Montante de Cobertura:

Date of Início: Data de Expiração:

Nome of Agência:

QUESTIONÁRIO SOBRE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

1. Alguma vez seu seguro de responsabilidade profissional já foi encerrado por intervenção de alguma companhia de seguro?

SIM NÃO

2. Alguma vez você já teve negada a cobertura de seguro de responsabilidade profissional, ou sua classe de risco já foi avaliada como maior que a média para sua especialidade?

SIM NÃO

3. Sua operadora de seguro de responsabilidade profissional atual excluiu quaisquer procedimentos específicos ou eventos da sua cobertura?

SIM NÃO

4. Alguma vez você já teve algum processo de responsabilidade profissional ou reivindicação contra você?

SIM NÃO

5. Existe algum processo de responsabilidade profissional ou reivindicação contra você que esteja pendente atualmente?

SIM NÃO

6. Já foi emitida alguma sentença ou acordo contra você em casos de responsabilidade profissional?

SIM NÃO

Se você respondeu 'sim' a qualquer uma das perguntas acima, queira explicar o(s) caso(s) e o(s) desfecho(s) na Ficha de Detalhamento de Responsabilidade Profissional a seguir. Forneça uma explicação completa, inclusive o nome da operadora, a data, e informação específica sobre quaisquer limitações.



FICHA DE DETALHAMENTO DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

----- ASSINALE AQUI SE O CASO NÃO SE APLICA

Queira copiar esta página se houver necessidade de folhas adicionais.

---

Queira preencher os seguintes detalhes para cada processo ou reivindicação por negligência que você tenha sofrido.

-----Pendente

-----Liquidado    Data: -----/---- /

.

Lista de alegações:

Data da ocorrência:

Nome da instituição envolvida (ex. hospital):

Nome e endereço das operadoras de seguro envolvidas.

.....

Forneça os seguintes detalhes para cada processo por negligência no qual você tenha sido ré(u), e o qual tenha resultado em pagamento de indenização ou sentença contra você:

Título do processo judicial:

No. do processo judicial:

Fórum: (local onde o processo judicial foi instalado):

Alegações arroladas na representação:

Data do(s) incidente(s) que levaram à representação:

Local do incidente(s):

Nome e endereço da operadora de seguro por negligência:

Montante arbitrado por decisão do júri, ou concedido pelo tribunal ou montante de liquidação:

---

## INFORMAÇÃO SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

Por favor, responda cada uma das perguntas abaixo de forma completa. Se a resposta para qualquer parte da pergunta for “*sim*”, você deverá fornecer os detalhes completos em folha separada, e juntá-la.

1. Alguma ação já foi impetrada, ou está pendente, contra você por algum conselho de licenciamento estadual? -----Pendente-----Liquidado-----Resolvido	-----SIM ---NÃO
Sua licença para clinicar em qualquer Estado já foi alguma vez negada, limitada ou suspensa? ----- NÃO SE APLICA	-----SIM ---NÃO
Sua licença para clinicar em qualquer Estado já foi alguma vez sancionada, revogada, voluntária ou involuntariamente renunciada, ou não renovada? ----- NÃO SE APLICA	-----SIM ---NÃO
3. Alguma vez você já sofreu alguma suspensão, sanção, ou qualquer outra forma de restrição para clinicar no programa de seguro saúde em nível particular, estadual ou federal (por ex. Medicare, Medicaid)?	-----SIM ---NÃO
4. Você já foi objeto de investigação por qualquer órgão privado, estadual ou federal, relativo a sua participação em qualquer programa de seguro saúde privado, estadual ou federal?	-----SIM ---NÃO
5. Caso se aplique, alguma vez você já teve seu certificado de registro de narcóticos limitado, suspenso ou revogado, voluntária ou involuntariamente entregue, ou não renovado? ----- NÃO SE APLICA	-----SIM ---NÃO
6. Caso se aplique, seu certificado de registro de narcóticos estadual e/ou federal está sendo questionado? -----NÃO SE APLICA	-----SIM ---NÃO
7. Você já foi citado como ré(u) ou condenado por crime ou contravenção? Caso positivo, nos últimos (10) anos?	-----SIM ---NÃO
8. Alguma vez seu emprego, consulta da equipe médica, ou privilégios clínicos já foram suspensos, voluntária ou involuntariamente, diminuídos, revogados, limitados ou não renovados em alguma unidade de assistência médica?	-----SIM ---NÃO

9. Alguma vez você já retirou sua requisição de consulta, reconsulta, privilégios clínicos, ou se demitiu do corpo médico de alguma unidade de assistência médica antes de decisão tomada pela direção?	-----SIM ---NÃO
10. Você já foi objeto de medida disciplinar em algum hospital ou unidade de assistência médica?	-----SIM ---NÃO
11. Alguma vez já teve negada a filiação, ou renovação da mesma, ou já foi objeto de medida disciplinar ou adversa em alguma organização médica ou profissional?	-----SIM ---NÃO

## ESTADO DE SAÚDE PESSOAL

Responda à seguinte pergunta completamente. Se a resposta para qualquer parte da pergunta for “*sim*”, queira fornecer uma explanação completa dos detalhes em folha separada e anexa.

Você está ciente de sofrer de algum problema médico, emocional, mental e/ou físico, que possa afetar seu discernimento clínico ou suas habilidades motoras?	----SIM-----NÃO
---	-----------------

## CARTAS DE RECOMENDAÇÃO

Utilizando as duas cartas anexas, no formato de Lista de Controle, envie duas cartas de recomendação de profissionais que estejam familiarizados com seu trabalho em terapia cognitiva.

## TREINAMENTO EM TERAPIA COGNITIVA

“A terapia cognitiva é uma psicoterapia orientada para os objetivos, com foco no problema e prazo definido. O terapeuta conceitua o paciente em termos cognitivos e, guiado pela conceituação, desenvolve um plano de tratamento com base empírica que enfatiza técnicas cognitivas e comportamentais, a fim de produzir mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais. O estilo do terapeuta é predominantemente ativo, direcionado e colaborativo. O paciente e o terapeuta monitoram o desfecho do tratamento, utilizando medidas objetivas ou subjetivas.”

Treinamento acadêmico em terapia cognitiva. Por favor, veja a lista anexa da bibliografia de terapia cognitiva, de leitura Exigida e Recomendada. Os candidatos deverão ler um mínimo de 5 livros das listas, dos quais pelo menos 3 devem ser da Lista Exigida. Por favor, assinale os livros que você já leu.

Treinamento clínico em terapia cognitiva. Por favor, liste as oficinas, cursos de graduação, seminários ou supervisão em terapia cognitiva (veja a definição de terapia cognitiva acima). São exigidas 40 horas de treinamento clínico. É altamente recomendável a apresentação de pelo menos 10 horas de supervisão clínica que inclua avaliação de sessões reais de terapia com gravação em fita.

Para cada nova entrada, coloque a data do treinamento, a descrição do formato, título do curso/oficina, local do curso, nomes das pessoas ministrando o treinamento, e número de horas de treinamento recebido. Formatos possíveis incluem: oficina clínica, curso de graduação com orientação clínica, estágio supervisionado, supervisão de caso, programa de treinamento, interno e externo, e/ou bolsa de pós-doutorado.

### **Leitura Exigida Terapia Cognitiva**

**Instruções:** Assinale os livros que você já leu. São exigidos um mínimo de 3 livros desta lista.

- 
- \_\_ Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- \_\_ Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic.
- \_\_ Beck, A.T., Freeman, A., and Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- \_\_ Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- \_\_ Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- \_\_ Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- \_\_ Dattilio, F.M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford
- \_\_ Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- \_\_ Leahy, R. (1996). *Cognitive therapy: Basic principles and applications*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- \_\_ Padesky, C.A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford.
- \_ Persons, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.

### **Leitura Recomendada em Terapia Cognitiva**

**Instruções:** Assinale os livros que você já leu da lista abaixo

#### Teoria e Pesquisa

- \_\_\_\_\_ Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_\_ Alloy, L.B., & Riskind, J.H. (Ed.). (2005). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- \_\_\_\_\_ Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York: Harper Collins Publishers.
- \_\_\_\_\_ Beck, A.T. (1999). *Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary aspect*. In Cloninger, C.R. (Ed.), *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- \_\_\_\_\_ Bond, F., & Dryden, W. (Eds.). (2004). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_\_ Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000). *Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses*. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
- \_\_\_\_\_ Clark, D. (Ed.). (2004). *Intrusive thoughts in clinical disorders*. New York: Guilford Publications.

- \_\_\_\_ Craighead, L., Craighead, W., Kazdin, A., & Mahoney, M. (1994). Cognitive and behavioral interventions: An empirical approach to mental health problems. Boston: Allyn & Bacon.
- \_\_\_\_ Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behavior therapy. In Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (Eds.), Science and practice of cognitive behaviour therapy (pp. 27-46). New York: Oxford University Press, Inc.
- \_\_\_\_ Gilbert, P. (Ed.). (2004). Evolutionary theory and cognitive therapy. New York: Spring Publishing Company.
- \_\_\_\_ Hays, P. & Iwamasa, G. (Eds.). (2006). Culturally Responsive Cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- \_\_\_\_ Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th Ed., pp. 447-492). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- \_\_\_\_ Holmes, E. A., & Hackmann, A. (Eds.). (2004). Mental imagery and memory in psychopathology. London: Psychology Press, Taylor and Francis Group.
- \_\_\_\_ Ingram, R.E., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Kendall, P., & Hollon, S. (Eds.). (1979). Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, & procedures. New York: Academic Press.
- \_\_\_\_ Leahy, R. (Ed.). (2004). Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L. (2003). Psychology and the economic mind: Cognitive processes and conceptualization. New York: Springer Publishing Co.
- \_\_\_\_ Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. New York: John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_ Taylor, S. (Ed.). (1999). Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- \_\_\_\_ Wells, A. (2002). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons.

### **Aplicações Clínicas: Geral**

- \_\_\_\_ Antony, M., Ledley, R., & Heimberg, R. (Eds.). (2005). Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Bennett-Levy, J., et al. (Eds.). (2004). Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press.
- \_\_\_\_ Blackburn, I.M., Twaddle, V., & Associates. (1996). Cognitive therapy in action. A practitioner's casebook. London: Souvenir Press Ltd.
- \_\_\_\_ Caballo, V.E. (Ed.). (1998). International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders. Oxford: Pergamon/Elsevier Science.
- \_\_\_\_ Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (Eds.). (1997). Science and practice of cognitive behavior therapy. New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_ Dobson, K.S. (Ed.). (1999). Handbook of cognitive-behavioral therapies (2nd ed.). New York: Guilford.

13

- \_\_\_\_ Freeman, A. (2005). Encyclopedia of cognitive behavior therapy. New York: Plenum Publishing.

- \_\_\_\_ Freeman, A., & Dattilio, F.M. (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- \_\_\_\_ Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L., & Arkowitz, H. (Eds.). (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Publishers.
- \_\_\_\_ Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: New Jersey: John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_ Gabbard, G., Beck, J., & Holmes, J. (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_ Gilbert, P., & Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- \_\_\_\_ Granvold, D. K. (Ed.). (1998). *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications (2nd ed.)*. Wadsworth Publishing.
- \_\_\_\_ Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. (Eds.). (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_ Kazantzis, N., Deane, F., Ronan, K., & L'Abate, L. (Eds.). (2005). *Using homework assignments in cognitivebehavioral therapy*. New York: Routledge.
- \_\_\_\_ Kuehlwein, K.T., & Rosen, H. (Eds.). (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- \_\_\_\_ Lazarus, A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: John Hopkins University.
- \_\_\_\_ Lazarus, A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York: Springer Publications Co.
- \_\_\_\_ Ledley, D. R., Marx, P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L. (Ed.). (1997). *Practicing cognitive therapy: A guide to interventions*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L. (Ed.). (2004). *Contemporary cognitive therapy*. New York: Guilford press.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L. (Ed.). (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Leahy, R. L., & Dowd, T. E. (Ed.). (2002). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. York: Springer Publishing Company.
- \_\_\_\_ Lyddon, W.J., Jones, J.V. (Ed.). (2001). *Empirically supported cognitive therapies: Current and future applications*. York: Springer Publishing.
- \_\_\_\_ McMullin, R.E. (1999). *The new handbook of cognitive therapy techniques (2nd ed.)*. New York: W.W. Norton Co.
- \_\_\_\_ Needleman, L.D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

14

- \_\_\_\_ Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. New York: Routledge.
- \_\_\_\_ Neenan, M., Dryden, W., & Dryden, C. (2000). *Essential cognitive therapy*. London: Whurr Publications Limited.
- \_\_\_\_ Nezu, A., Nezu, C.M., & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. New York: Springer Publishing Co.

- \_\_\_\_ O'Connell, K. (2005). Cognitive behavioral treatment of tic disorders. New York: John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_ O'Donohue, W., Fisher, J., Hayes, S. (2004). Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. New York: John Wiley and Sons.
- \_\_\_\_ Reinecke, M., & Clark, D. (Eds.). (2003). Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- \_\_\_\_ Rosner, J. (2002). Cognitive therapy and dreams. New York: Springer Publishing Company.
- \_\_\_\_ Salkovskis, P.M. (Ed.). (1996). Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Salkovskis, P.M. (Ed.). (1996). Trends in cognitive therapy and behavioural therapies. New York: John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_ Schuyler, D. (2003). Cognitive therapy: A practical guide. New York: W. W. Norton and Company.
- \_\_\_\_ Scott, J., Williams, J., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook. New York: Routledge.
- \_\_\_\_ Scott, M. (1989). A cognitive-behavioral approach to clients' problems. New York: Routledge.
- \_\_\_\_ Simos, G. (Ed.). (2002). Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician. New York: BrunnerRoutledge.
- \_\_\_\_ Vallis, T., Howes, J., & Miller, P. (1991). The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations. New York: Plenum Press.
- \_\_\_\_ Wright, J., Basco, M.R., & Thase, M. (2005). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

## **Aplicações Clínicas: Livros sobre Transtornos, Problemas ou Populações Específicas**

### **Transtornos de Ansiedade**

- \_\_\_\_ Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- \_\_\_\_ Asmundson, G. J. G., Taylor, S., & Cox, B. J. (Eds.). (2001). Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related disorders. Chichester, UK: Wiley.
- \_\_\_\_ Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Clark, D. (Ed.). (2004). Intrusive thoughts in clinical disorders. New York: Guilford Publications.
- \_\_\_\_ Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (Eds.). (2003). The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice. Washington D.C.: American Psychological Association.
- \_\_\_\_ Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (2001). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford.



- \_\_\_\_ Follette, V.M., Ruzek, J.I., & Abueg, F.R. (1998). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Foy, D. (Ed.). (1992). *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies*. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ Frost, R.O., & Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Elmont, NY: Pergamon Press.
- \_\_\_\_ Furer, P., Walker, J., & Stein, M. (2006). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. New York: Springer Publishing.
- \_\_\_\_ Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D., & Schneier, F. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, & treatment*. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Litz, B. (Ed.). (2003). *Early intervention for trauma and traumatic loss*. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ McGinn, L., & Sanderson, W. (1999). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- \_\_\_\_ Najavits, L.M. (2001). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- \_\_\_\_ Rygh, J. R., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_ Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive behavioral treatment of adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. London: Jason Aronson Publishing.
- \_\_\_\_ Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive-compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland: New Harbinger Publications.
- \_\_\_\_ Taylor, S. (2000). *Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioural approaches*. New York: Wiley.
- \_\_\_\_ Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Taylor, S. (2004). *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. Springer Publishing.
- \_\_\_\_ Taylor, S. (Ed.). (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- \_\_\_\_ Woods, D., & Miltenberger, R. (Eds.). (2001). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavioral disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment*. Norwell, MA: Kluwer Academic Press.
- \_\_\_\_ Wright, J. (Ed.). (2004). *Cognitive-behavior therapy: Review of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

### **Transtornos Bipolares**

- \_\_ Basco, M.R., & Rush, A.J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder* (2nd ed.). New York: Guilford.
- \_\_\_\_ Johnson, S. L., & Leahy, R. L. (Eds.). (2003). *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P., & Bright, J. A. (1999). Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. Chinchester, UK: John Wiley & Sons.

\_\_\_\_ Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N.A., & Gyulai, L. (2002). Bipolar disorder: A cognitive therapy approach. Washington D.C.: American Psychological Association.

\_\_\_\_ Reiser, R., & Thompson, L. (2005). Bipolar disorder: Advances in psychotherapy-Evidence-based practice (Vol. 1). Cambridge, MA: Hogrefe.

### **Crianças e Adolescentes**

\_\_\_\_ Albano, A. M., & Kearney, C. A. (2000). When children refuse school: A cognitive behavioral therapy approachTherapist guide. Psychological Corporation.

\_\_\_\_ Allen, J.S., & Christner, R.W. (2003, Fall). The process and structure of cognitive-behavior therapy (CBT) in the school setting. *Insight*, 24(1), 4-9.

\_\_\_\_ Barkley, R. (1997). Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Barkley, R. (1997). ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Barkley, R. (2000). Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents (Rev. ed.). New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Barkley, R. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Barkley, R., & Murphy, K. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (3rd ed.). New York: Guilford.

\_\_\_\_ Braswell, L., & Bloomquist, M.L. (1991). Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family, and school interventions. New York: Guilford.

\_\_\_\_ Christner, R.W., & Allen, J.S. (2003). Introduction to cognitive-behavioral therapy (CBT) in the schools. *Insight*, 23(3), 12 - 14.

\_\_\_\_ Christner, R.W., Stewart, J.L., & Freeman, A. (2007). Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems. New York: Routledge.

\_\_\_\_ Clarizio, H. (1980). Toward positive classroom discipline (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

\_\_\_\_ Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

\_\_\_\_ Dudley, C.D. (1997). Treating depressed children: A therapeutic manual of cognitive behavioral interventions. Oakland: New Harbinger Publications.

\_\_\_\_ Edelman, S., & Remond, L. (2004). Taking Charge! A guide for teenagers: Practical ways to overcome stress, hassles, and upsetting emotions. St. Leonards: Foundation for Life Sciences.

\_\_\_\_ Epstein, N.E., Schlesinger, S.E., & Dryden, W. (Eds.). (1988). Cognitive behavioral therapy with families. New York: Brunner-Mazel.

17

\_\_\_\_ Feindler, E., & Ecton, R. (1986). Adolescent anger control: Cognitive-behavioral techniques. New York: Pergamon Press.

- Friedberg, R. D., & Crosby, L.E. (2001). Therapeutic exercises for children: Professional guide. Sarasota: Professional Resource Press.
- Friedberg, R. D., Friedberg, B. A., & Friedberg, R. J. (2001). Therapeutic exercises for children: Guided selfdiscovery using cognitive-behavioral techniques. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2001). Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. New York: Guilford.
- Goldstein, A., Krasner, L., Garfield, S. (Eds.). (1992). Behavioral family fntervention (psychology practitioner guide). Boston: Allyn & Bacon.
- Graham, P. (1998). Cognitive-behaviour therapy for children and families. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollin, C. (1990). Cognitive-behavioral interventions with young offenders. New York: Pergamon Press.
- Howard, B., & Kendall, P. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxious children: Therapist manual. Ardmore: Workbook Publishing.
- Hughes, J. (1989). Cognitive-behavioral psychology in the schools: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press.
- Jaycox, L. (2004). Cognitive behavioral intervention for trauma in schools. Longmont: Sopris West Educational Services.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (Eds.). (2003). Evidence based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford.
- Keat, D. (1990). Child multimodal therapy. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Kendall, P. C. (Ed.). (2005). Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (3rd ed.). New York: Guilford Publications.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M., & Siqueland, L. (1992). Anxiety disorders in youth: Cognitive behavioral interventions. Boston: Allyn & Bacon.
- Kendall, P., & Braswell, L. (1993). Cognitive-behavioral therapy for impulsive children (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Kendall, P., & Hedtke, K. (2006). Coping cat workbook (2nd Ed.). Ardmore: Workbook Publishing.
- Knell, S.M. (1993). Cognitive behavioral play therapy. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Krumboltz, J., & Krumboltz, H. (1972). Changing children's behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Langelier, C. (2001). Mood management leader's manual: A cognitive behavioral skills-building program for adolescents. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Larson, J., & Lochman, J. (2002). Helping school children cope with anger: A cognitive-behavioral intervention. New York: Guilford Press.
- March, J. S. & Mulle, K. (1998). OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual. New York: Guilford.
- March, J.S., & Multz, K. How I ran off my land – Tips for parents. Durham: Duke University Medical Center.

Mennuti, R., & Christner, R.W. (In Press). A conceptual framework for school-based cognitive-behavioral therapy. In A. Freeman (Ed.), International encyclopedia of cognitive behavior therapy. New York: Kluwer.

- Papolos, D. & Papolos, J. (2002). The bipolar child (revised/expanded ed.). New York: Broadway Books.
- Rapee, R., Wignall, A., Hudson, J., & Schniering, C. (2000). Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., & Freeman, A. (Eds.). (2003). Cognitive therapy with children and adolescents: A Casebook for clinical practice (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Riley, Douglas.(1997).The defiant child: A parent's guide to oppositional defiant disorder.Dallas:Taylor Publishing Company.
- Ronen, T.(1997).Cognitive developmental therapy with children.New York:John Wiley & Sons.
- Seligman, M.P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J.(1995).The optimistic child.Boston:Houghton Mifflin Co.
- Schwebel, Andrew, & Fine, Mark.(1994).Understanding and helping Families: A cognitive-behavioral approach.New Jersey:Lawrence Erlbaum Associates.
- Sheridan, S. (1993). Helping parents help kids – A manual for helping parents deal with children's social difficulties. Department of Educational Psychology, University of Utah/Primary Children's Medical Center.
- Stallard, P. (2002). Think good – feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children. Halsted Press.
- Tanguay, Pamela.(2001).Nonverbal learning disabilities at home: A parent's guide.Philadelphia:Jessica Kingsley Publishers.
- Temple, S.D. (1997). Brief therapy of adolescent depression. Sarasota, FL: Professional Resources Press. .
- Weisz, J. (2004). Psychotherapy for children & adolescents: Evidence-based treatments and case examples. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilkes, T.C.R., Belsher, G., Rush, A.J., & Frank, E.(1994).Cognitive therapy for depressed adolescents.New York:Guilford.

### **Depressão e Suicídio**

- Blackburn, I. & Davidson, K. (1990). Cognitive therapy for depression & anxiety. Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons.
- Dozois, D.J.A. & Dobson, K.S. (Eds.) (2003). The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research, and Practice .Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ellis, T. (Ed.) (2006). Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, A., & Reinecke, M. (1994). Cognitive therapy of suicidal behavior. New York: Springer Publishing Company.
- Gilbert, P. (2000). Counseling for depression (2nd Ed.). New York: Sage Publications.
- 19

- Ingram, R.E., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford.
- Joiner, T. (2006). Why people die by suicide. Harvard: Harvard University Press.

- \_\_\_\_\_ Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford.
- \_\_\_\_\_ McCullough, J.P. (1999). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. New York: Guilford. \_\_\_\_\_ Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). Depression in context: strategies for guided action.
- \_\_\_\_\_ Moore, R., & Garland, A. (2003). Cognitive therapy for chronic and persistent depression. John Wiley & Sons.
- \_\_\_\_\_ Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). Depressive rumination: nature, theory and treatment New York: John Wiley and Sons.
- \_\_\_\_\_ Persons, J. B., Davidson, J., Tomkins, M. A. (2001). Essential components of cognitive-behavioral therapy for depression. American Psychological Association.
- \_\_\_\_\_ Rudd, M.D., Joiner, T.E. & Rajab, M.S. (2001). Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach (Treatment Manuals For Practitioners). New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Segal, Z. V., Williams, J. Mark G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Stark, K., Kendall, P., McCarthy, M., Stafford, M., Barron, R., & Thomeer, M. (1996). Taking action: A workbook for overcoming depression. Ardmore: Workbook Publishing.
- \_\_\_\_\_ Temple, S. (1997). Brief therapy for adolescent depression. Sarasota: Professional Resource Exchange.

### **Deficiências**

- \_\_\_\_\_ Kroese B. et al (eds.). (1977). Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge.
- \_\_\_\_\_ Radnitz, C. (ed.) (2000) Cognitive-behavioral therapy for persons with disabilities. London: Jacob Aronson.
- \_\_\_\_\_ Nezu, C. et al. Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment. Champaign: Research Press.

### **Transtornos Alimentares**

- \_\_\_\_\_ Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2000). Bulimia nervosa: A cognitive therapy programme for clients. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- \_\_\_\_\_ Cooper, M. (2003). The Psychology of Bulimia Nervosa: A Cognitive Perspective. New York: Spring Publishing Company.
- \_\_\_\_\_ Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2004). Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Fairburn, C. & Brownell, K. (Eds.) (2002). Eating disorders and obesity (2nd Ed): A comprehensive handbook. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Fairburn, C. & Wilson, G. (Eds.) (1996). Binge eating: Nature, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.

20

- \_\_\_\_\_ Fairburn, C. (1995). Overcoming binge eating. New York: Guildford Press.
- \_\_\_\_\_ Garner, D. & Garfinkel, P. (Eds.) (1997). Handbook of treatment for eating disorders: 2nd Edition. New York: Guilford Press.

\_\_\_\_ Garner, D., Vitousek, K.M. & Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.). Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. (pp. 94-144) New York: Guilford Press.

### **Terapia de Grupo**

\_\_\_\_ Bieling, P.J., McCabe, R.E. & Antony, M.M. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. New York: Guilford.

\_\_\_\_ Free, M. E. (2000). Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice. John Wiley & Sons.

\_\_\_\_ White, J., & Freeman, A. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations. American Psychological Association.

\_\_\_\_ Yost, E.B., Beutler, L.E., Corbishley, M.A., & Allender, J.R. (1987). Group cognitive therapy: A treatment approach for depressed older adults. New York: Pergamon Press.

### **Insônia**

\_\_\_\_ Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment. New York: Plenum Publishers.

\_\_\_\_ Perlis, M. L., Junquist, C. R., Smith, M. T., Posner, D. (2006). The cognitive behavioral treatment of insomnia: A treatment manual. Springer Verlag: New York.

### **Problemas Conjugais e de Família**

\_\_\_\_ Baucom, D.H., & Bozicas, G.D. (1990). Cognitive behavioral marital therapy. New York: Brunner/Mazel.

\_\_\_\_ Beck, A.T. (1988). Love is never enough. New York: Harper and Row.

\_\_\_\_ Dattilio, F. M. (1998). Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives. Guilford Press.

\_\_\_\_ Epstein, N.B., & Baucom, D.H. (2002). Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. Washington, DC: American Psychological Association.

\_\_\_\_ Epstein, N.E., Schlesinger, S.E., & Dryden, W. (Eds.). (1988). Cognitive-behavioral therapy with families. New York: Brunner/Mazel.

\_\_\_\_ Schwebel, A., & Fine, M. (1994). Understanding and helping families – A cognitive-behavioral approach. Hillsdale: Lawrence Ellbaum Associates.

### **Problemas Médicos/Dor**

\_\_\_\_ Crawford, I., & Fishman, B. (Eds.) (1996). Psychosocial interventions for HIV disease: A stage-focused and culture specific approach (cognitive behavioral therapy). Jason Aronson Publishing.

21

\_\_\_\_ Freeman, A. & Greenwood, V. (Eds.). (1987). Cognitive therapy: Applications in psychiatric & medical settings. New York: Human Sciences Press.

- \_\_\_\_\_ Henry, J. L., & Wilson, P. H. (2000). Psychological management of chronic tinnitus: A cognitive-behavioral approach. Pearson Allyn & Bacon.
- \_\_\_\_\_ Moorey, S., & Greer, S. (2002). Cognitive behaviour therapy for people with cancer. Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_ Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Honts, P. (1998). Helping cancer patients cope. Washington D.C.: American Psychological Association.
- \_\_\_\_\_ Segal, Z. V., Toner, B. B., Shelagh, D. E., & Myran, D. (1999). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome: The brain-gut connection. Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Thorn, B. E. (2004). Cognitive therapy for chronic pain : A Step-by-Step Guide. New York: Guilford.
- \_\_\_\_\_ Toner, B., Segal, Z., Emmott, S. & Myran, D. (2000). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ White, C.A. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems. Chichester: John Wiley and Sons.
- \_\_\_\_\_ Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D. (2003). Cognitive therapy with chronic pain patients. New York: Springer Publishing Co.

### **Enfermagem**

- \_\_\_\_\_ Freeman, S. M., & Freeman, A. (Eds.) (2005). Cognitive behavior therapy in nursing practice. New York, NY: Springer Publishing Company.

### **Idosos**

- \_\_\_\_\_ Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Cognitive behaviour therapy with older people. Chichester, West Sussex, England: Wiley.
- \_\_\_\_\_ Yost, E.B., Beutler, L.E., Corbishley, M.A., & Allender, J.R. (1987). Group cognitive therapy: A treatment approach for depressed older adults. New York: Pergamon Press.

### **Transtornos de Personalidade**

- \_\_\_\_\_ Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., & Morse, S.B. (1993). Cognitive therapy of borderline personality disorder. Boston: Allyn & Bacon.
- \_\_\_\_\_ Leahy, R. L. (2003). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ Leahy, R.L. (2001). Overcoming resistance in cognitive therapy. New York: Guilford.
- \_\_\_\_\_ Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

22

- \_\_\_\_\_ Rasmussen, P. (2005). Personality-guided cognitive-behavioral therapy. Washington D.C.: American Psychological Association.
- \_\_\_\_\_ Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford.

## Schizophrenia

\_\_\_\_\_ Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). Cognitive therapy of delusions, voices, and paranoia. New York: J. Wiley & Sons.

\_\_\_\_\_ Chapman, R. (1998). On second thought – Eliminating paranoid delusions in schizophrenia.

\_\_\_\_\_ Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). Cognitive behavior therapy for psychosis: Theory and practice. New York: Wiley.

\_\_\_\_\_ French, P., & Morrison, A. (2004). Early detection and cognitive therapy for people at high risk for psychosis: A treatment approach. John Wiley & Sons.

\_\_\_\_\_ Haddock, G., & Slade, P.D. (eds.) (1996). Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders. New York: Routledge.

\_\_\_\_\_ Kingdon, D. & Turkington, D. (2005). Cognitive therapy of schizophrenia. New York: Guilford Press.

\_\_\_\_\_ Kingdon, D., & Turkington, D. (Eds.) (2002). A case study guide to cognitive behavioural therapy of psychosis. John Wiley & Sons.

\_\_\_\_\_ Kingdon, D.G., & Turkington, D. (1994). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

\_\_\_\_\_ McGorry, P.D., and Jackson, H.J. (Eds.) Early intervention and preventive strategies in early psychosis. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

\_\_\_\_\_ Marco, M. C. G., Perris, C., & Brenner, B. (Eds.) (2002). Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach. Hogrefe & Huber Publications.

\_\_\_\_\_ Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. (2003). Cognitive therapy for psychosis: A formulation based approach. New York: Routledge.

\_\_\_\_\_ Morrison, A. (2002). A casebook of cognitive therapy for psychosis. New York: Brunner-Routledge.

\_\_\_\_\_ Nelson, H. (1997). Cognitive behavioral therapy with schizophrenia. Chetenham: Stanley Thornes Ltd.

## **Abuso de Substâncias**

\_\_\_\_\_ Denning, P., Little, J. & Glickman, A. (Eds.) (2003). Over the Influence: The Harm Reduction Guide for Managing Drugs and Alcohol. New York: Guilford Press.

\_\_\_\_\_ Marlatt, G., & Donovan, D. (Eds.) (2005). Relapse prevention (2nd Ed.). New York: Guilford.

\_\_\_\_\_ Miller, W., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing (2nd Ed.). New York: Guilford.

\_\_\_\_\_ Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (Eds.) (2003). Integrated treatment for dual disorders. New York: Guilford.

\_\_\_\_\_ Najavits, L.M. (2001). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford.

23

\_\_\_\_\_ Thase, M. (1997). "Cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders." In Dickstein, L.J., Riba, M.B., & Oldham, J.M. (Eds.) Review of Psychiatry, Vol. 16, pp. I-45—I-72 Washington, DC: American Psychiatric Press.

## Perda de Peso

\_\_\_\_\_ Beck, J. S. (2007). The Beck Diet Solution: Train your brain to think like a thin person. Des Moines: Oxmoor House.



Brownell, K. (1979). Behavior therapy for weight control: A treatment manual. Philadelphia: University of Pennsylvania.

### **Diversos**

Bedell, J., Lennox, S. (1997). Handbook for communication and problem-solving skills training – A cognitivebehavioral approach. New York: John Wiley & Sons.

Bedrosian, R.C., & Bozicas, G. (1994). Treating family of origin problems: A cognitive approach. New York: Guilford.

Dattilio, F.M. & Freeman, A. (Eds.). (2007). Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention, 3rd Edition. New York: Guilford.

Ludgate, J. (1995). Maximizing psychotherapeutic gains and preventing relapse in emotionally distressed clients. Sarasota: Professional Resource Press.

Martell, C. R., Safran, S. A., & Prince, S. E. (2003). Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients. New York: Guilford Press.

Roberts, A. (Ed.). (1995). Crisis intervention and time-limited cognitive treatment. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto, M.W.. (2005). Mastering Your Adult ADHD: A CognitiveBehavioral Treatment Program Therapist Guide (Treatments That Work). New York: Oxford University Press.

Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1996). Interpersonal process in cognitive therapy. Jason Aronson Publishing.

Wills, F., & Sanders, D. (1997). Cognitive therapy: Transforming the image. London. Sage Publications.

Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T., & Ludgate, J.W. (1993). Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu. New York: Guilford.



EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM TERAPIA COGNITIVA:

Por favor, informe se você possui pelo menos um ano de experiência em terapia cognitiva, indicando a data em que aplicou terapia cognitiva a um cliente pela primeira vez.

Data: -----

Complete o quadro abaixo registrando que você aplicou terapia cognitiva em um mínimo de 10 clientes que concluíram o tratamento. Para cada cliente, anote as iniciais do cliente, o contexto onde se desenvolveu o tratamento (ex. unidade de internação do Hospital “X”; clínica ambulatorial na Universidade “Y”), as datas aproximadas em que o tratamento começou e terminou, diagnósticos Eixo I e II, e o número total de sessões aplicadas.

	Iniciais cliente	Contexto	Início tratamento	Fim tratamento	No. total sessões	Especificar Eixo I ou Eixo II
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Eu, abaixo assinado(a), confirmo que a informação aqui contida, Parte I da solicitação de candidatura para filiação na ACT, é verdadeira e correta, de acordo com todo o meu conhecimento, informação e crença.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome impresso

\_\_\_\_\_  
Data

## SOLICITAÇÃO DE REFERÊNCIA PROFISSIONAL ACT™

Data:

Prezado: -----

Enviei uma solicitação de candidatura para credenciamento como um(a) terapeuta cognitivo(a) pela Academia de Terapia Cognitiva. Referências profissionais são requeridas, como parte do processo de credenciamento. Por favor complete a Lista de Controle seguinte e retorne este formulário o mais brevemente possível para:

Academy of Cognitive Therapy 245 N. 15th Street, MS 403/ #17302 New College Building, Dept. of Psychiatry Philadelphia, PA 19102 Fax: 215.537.1789

A menos que seja um requisito legal, a Academia de terapia Cognitiva não me liberará esta avaliação sem sua autorização por escrito.

Agradeço por sua assistência neste sentido.

Atenciosamente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato ACT

\_\_\_\_\_  
nome do candidato ACT (letra de forma)

Minha avaliação das competências profissionais do clínico acima são as seguintes:

	Extraordinário	Excelente	Aceitável	Problemático <sup>1*</sup>	Sem informação suficiente para avaliação
Habilidades como um Terapeuta Cognitivo					
Conhecimento Clínico					
Raciocínio Clínico					
Relações profissionais com os Pacientes					
Relações					

<sup>1</sup> Se problemático, forneça detalhes na folha anexa.

Profissionais com os Colegas					
Conduta Ética					

Comentários Adicionais (caso afirmativo, favor anexar uma folha extra)

\_\_\_\_\_

Assinatura do Avaliador

Nome do Avaliador (letra de forma)

\_\_\_\_\_

Grau

\_\_\_\_\_

Título(caso se aplique)

\_\_\_\_\_

Date

Informação de Contato para o Avaliador (digite ou escreva em letra de forma)

\_\_\_\_\_

Street Address

\_\_\_\_\_

Street Address

\_\_\_\_\_

Fone, Fax, Email

## **Anexo B: Escala de Terapia Cognitiva**

### **Escala de Terapia Cognitiva**

Terapeuta:-----Paciente----- Data da Sessão:-----

ID.Fita no-----Avaliador-----Data da Avaliação-----

Sessão no.-----() Videotape ( ) Audiotape ( ) Observação Presencial

Orientações: A cada vez, avalie o terapeuta, utilizando uma escala de 0 a 6, e registre a classificação na linha ao lado do no. do item. São fornecidas descrições para pontos da escala de números pares. Se você avaliar que o terapeuta fica entre 2 descritores, selecione o no. ímpar interveniente (1,3,5). Por exemplo, se o terapeuta elaborou uma ótima agenda, mas não estabeleceu prioridades, atribua uma classificação de 5 em vez de um 4 ou 6.

Caso as descrições para um determinado item eventualmente não parecem se aplicar à sessão que estiver avaliando, fique à vontade para desconsiderá-las, utilizando a escala mais geral abaixo:

0	1	2	3	4	5	6
Ruim	minimamente adequado	mediocre	Satisfatório	Bom	Muito	
Bom	Excelente					

Por favor não deixe nenhum item em branco. Para todos os itens, concentre-se na competência do terapeuta, tendo em conta o grau de dificuldade que o paciente aparenta ter.

### **Parte I. COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS GERAIS**

#### \_\_\_1. AGENDA

0 O terapeuta não definiu agenda.

2 A agenda definida pela terapeuta é vaga e incompleta.

4 O terapeuta trabalhou com o paciente para definir uma agenda mutuamente satisfatória, incluindo problemas-alvo específicos (ex. ansiedade no trabalho, insatisfação no casamento).

5. O terapeuta trabalhou com o paciente para fixar uma agenda apropriada com problemas-alvo, adequada para o tempo disponível, estabelecendo prioridades e, então, dando sequência à agenda.

#### \_\_\_2. FEEDBACK

0 O terapeuta não pediu o feedback para determinar a compreensão do paciente da, ou resposta à, sessão.

2 O terapeuta conseguiu extrair algum feedback do paciente, mas não fez perguntas suficientes para se certificar que o paciente tenha entendido sua linha de raciocínio durante a sessão ou para confirmar se o paciente ficou satisfeito com a sessão.

4 O terapeuta fez perguntas suficientes para se certificar que o paciente tenha compreendido a sua linha de raciocínio durante toda a sessão, e para determinar as reações do paciente à sessão. O terapeuta ajustou o seu comportamento em resposta ao feedback, quando apropriado.

6 O terapeuta mostrou-se particularmente hábil em obter e responder ao feedback verbal e não-verbal durante a sessão (ex. obteve reações à sessão, verificou a compreensão com regularidade, ajudou a resumir os principais pontos no final da sessão).

### \_\_\_3. COMPREENSÃO

0 Repetidas vezes, o terapeuta não conseguiu compreender o que o paciente dissera explicitamente e, assim, passando consistentemente ao largo da questão. Competências empáticas medíocres.

2 O terapeuta conseguiu normalmente refletir ou reformular o que dissera o paciente explicitamente, mas repetidas vezes não conseguiu responder à comunicação mais sutil. Competência limitada para ouvir e criar empatia.

4 De maneira geral, o terapeuta pareceu compreender a “realidade interna” do paciente, como ficou refletido no que foi dito explicitamente e o que o paciente comunicou de modo mais sutil. Boa competência para ouvir e criar empatia.

6. Aparentemente, o terapeuta compreendeu a “realidade interna” do paciente totalmente, e se mostrou competente em comunicar esta compreensão através de respostas, verbais e não-verbais, apropriadas ao paciente (ex. o tom da resposta do terapeuta transmitiu uma compreensão solidária da mensagem do paciente). Excelente capacidade de ouvir e competências empáticas.

### 4. EFICÁCIA INTERPESSOAL

0 O terapeuta mostrou precárias competências interpessoais. Pareceu hostil, humilhante, ou de algum outro modo destrutivo para o paciente.

2 O terapeuta não pareceu destrutivo, mas mostrou problemas interpessoais significativos. Por vezes, o terapeuta pareceu desnecessariamente impaciente, distante, não sincero, ou teve dificuldade em transmitir confiança e competência.

4 O terapeuta apresentou um grau satisfatório de entusiasmo, cuidado, confiança, autenticidade e profissionalismo. Não apresentou problemas interpessoais significativos.

6 O terapeuta apresentou ótimos níveis de entusiasmo, cuidado, confiança, autenticidade e profissionalismo, apropriados para este paciente, em particular, nesta sessão.

### 5. COLABORAÇÃO

0 O terapeuta não tentou estabelecer uma colaboração com o paciente.

2 O terapeuta tentou colaborar com o paciente, mas teve dificuldade em definir um problema que o paciente julgava importante, ou em estabelecer uma relação.

4 O terapeuta conseguiu colaborar com o paciente, focar em um problema que ambos julgavam importante, e estabelecer uma relação.

6 A colaboração pareceu excelente; o terapeuta estimulou o paciente o máximo possível a desempenhar um papel ativo durante a sessão (ex. oferecendo opções) de modo que eles pudessem funcionar como um “time”.

## **6. RITMO E O USO EFICIENTE DO TEMPO**

0 terapeuta não fez nenhuma tentativa de estruturar o tempo da terapia. A sessão pareceu sem direcionamento.

2 A sessão teve algum direcionamento, mas o terapeuta teve problemas significativos em estruturar ou cadenciar (ex. muito pouca estrutura, inflexível com a estrutura, andamento muito lento, andamento muito rápido).

4 O terapeuta teve êxito razoável no uso eficiente do tempo. O terapeuta manteve controle apropriado sobre o fluxo da discussão e do andamento.

6 O terapeuta fez uso eficiente do tempo limitando, habilmente, as discussões periféricas e improdutivas, e cadenciando o andamento da sessão no ritmo apropriado àquele paciente.

## **PARTE II. CONCEITUAÇÃO, ESTRATÉGIA E TÉCNICA**

### **7. DESCOBERTA GUIADA**

0 Primariamente, o terapeuta se apoiou no debate, persuasão ou no “discurso”. O terapeuta pareceu estar “interrogando” o paciente, colocando-o na defensiva, ou impondo o seu ponto-de-vista sobre o paciente.

2 O terapeuta se apoiou demasiadamente na persuasão e no debate, e não na abordagem da descoberta guiada. Entretanto, o estilo do terapeuta forneceu um suporte suficiente, de modo que o paciente não se sentiu atacado ou na defensiva.

4 Na maior parte do tempo, o terapeuta ajudou o paciente a enxergar novas perspectivas através da abordagem da descoberta guiada (ex. examinando evidências, considerando alternativas, pesando as vantagens e as desvantagens), em vez de utilizar o debate. Fez uso do questionamento apropriadamente.

6 O terapeuta se mostrou especialmente competente na utilização da descoberta guiada durante a sessão, para explorar problemas, e ajudar o paciente a tirar suas próprias conclusões. Conseguiu um equilíbrio excelente entre o questionamento hábil e outros modos de intervenção.

### **\_\_\_ 8. FOCANDO EM COGNIÇÕES OU COMPORTAMENTOS CHAVES**

0 O terapeuta não tentou extrair pensamentos, pressupostos, imagens, significados, ou comportamentos específicos.

2 O terapeuta utilizou técnicas apropriadas para extrair cognições ou comportamentos; contudo, o terapeuta teve dificuldade em encontrar um foco ou focou em cognições/comportamentos que eram irrelevantes para os problemas-chave do paciente.

4 O terapeuta focou em cognições ou comportamentos específicos relevantes ao problema-alvo. Entretanto, o terapeuta poderia ter focado em cognições ou comportamentos mais centrais, que ofereciam maior promessa de progresso

6 O terapeuta muito habilmente focou em pensamentos, pressupostos, comportamentos, etc. centrais que eram mais relevantes à área problemática, e que ofereciam uma considerável promessa de progresso.



\_\_\_9. ESTRATÉGIA DE MUDANÇA (Nota: Para este item, concentre-se na qualidade da estratégia de mudança adotada pela terapeuta, e não no grau de eficiência com que a estratégia foi implementada ou se a mudança realmente ocorreu).

0 O terapeuta não selecionou técnicas cognitivo-comportamentais.

2 O terapeuta selecionou técnicas cognitivo-comportamentais; contudo, a estratégia geral para produzir mudança pareceu vaga, ou não pareceu promissora em levar ajuda ao paciente.

4 O terapeuta pareceu ter uma estratégia de mudança coerente, mostrando uma razoável promessa e incorporando técnicas cognitivo-comportamentais.

6 O terapeutaperseguiu uma estratégia consistente de mudança, que pareceu muito promissora, incorporando as técnicas cognitivo-comportamentais mais apropriadas.

\_\_\_10. APLICAÇÃO DE TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS (Nota: Para este item, foque no nível de competência com que as técnicas foram aplicadas, e não no quão apropriadas elas eram para o problema em foco, ou se alguma mudança realmente ocorreu).

0 O terapeuta não aplicou nenhuma técnica cognitivo-comportamental.

2 O terapeuta utilizou técnicas cognitivo-comportamentais, mas houve falhas significativas no modo como foram aplicadas.

4 O terapeuta aplicou técnicas cognitivo-comportamentais com competência moderada.

6 O terapeuta empregou técnicas cognitivo-comportamentais com competência e criatividade.

\_\_\_11. TAREFA DE CASA

0 Terapeuta não tentou incorporar tarefa relevante à terapia cognitiva.

2 O terapeuta teve dificuldades significativas em incorporar tarefas de casa (ex. não revisou tarefa anterior, não explicou a tarefa em detalhe suficientemente, passou uma tarefa inapropriada).

4 O terapeuta revisou a tarefa anterior e passou uma tarefa “padrão” de terapia cognitiva, geralmente relevante às questões tratadas na sessão. A tarefa foi detalhada suficientemente.

6 O terapeuta revisou a tarefa anterior, e atentamente passou uma tarefa extraída da terapia cognitiva para a semana posterior. O trabalho pareceu “sob medida” para auxiliar o paciente a incorporar novas perspectivas, testar hipóteses, e experimentar novos comportamentos discutidos durante a sessão, etc.

### **Parte III. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS**

12. (a) Surgiram problemas durante a sessão (ex. não-adesão à tarefa de casa, questões interpessoais entre o terapeuta e o paciente, desesperança em continuar a terapia, recaída?)

SIM

NÃO

\_\_\_ (b) Caso afirmativo:

- 0 O terapeuta não pode lidar adequadamente com os problemas especiais que surgiram.  
2 O terapeuta lidou com os problemas especiais adequadamente, mas utilizou estratégias ou conceituações inconsistentes com a terapia cognitiva.  
4 O terapeuta tentou lidar com os problemas especiais, utilizando uma abordagem cognitiva e mostrou competência moderada na aplicação das técnicas.  
6 O terapeuta mostrou muita competência em lidar com os problemas especiais, utilizando uma abordagem da terapia cognitiva.

13. Foram constatados fatores incomuns significativos nesta sessão que você julgue sejam justificativas para que o terapeuta tenha se afastado da abordagem padrão mensurada por esta escala?

SIM (explique abaixo)

NÃO

#### Parte IV. AVALIAÇÕES GLOBAIS E COMENTÁRIOS

14. De maneira global, como você avaliaria o clínico nesta sessão como um terapeuta cognitivo?

0                      1                      2                      3                      4                      5                      6  
Fraco      minimamente adequado      medíocre      satisfatório      Bom      Muito Bom      excelente

15. Se você estivesse realizando um estudo de desfecho clínico em terapia cognitiva, você acha que escolheria este terapeuta para participar neste momento (pressupondo que esta seja um sessão típica?)

0                      1                      2                      3                      4  
Definitivamente Não      Provavelmente Não      Incerto-Borderline      Provavelmente Sim      Definitivamente sim

16. Qual o grau de dificuldade que encontrou para trabalhar neste paciente?

0                      1                      2                      3                      4                      5                      6  
Não difícil - Muito Receptivo      Moderadamente Difícil      Extremamente Difícil

17. COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO TERAPEUTA:

## 18. AVALIAÇÃO GLOBAL:

Escala de Avaliação:

0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5  
Inadequado    Medíocre    Satisfatório    Bom    Muito bom    Excelente

Utilizando a escala acima, forneça uma avaliação geral das competências deste terapeuta, conforme demonstrado nesta fita. Faça um círculo no número apropriado.

Para instruções sobre o uso desta escala, veja:

Young J.E., & Beck, A.T. (August, 1980). Cognitive Therapy Scale Rating Manual (Manual da Escala de Avaliação na Terapia Cognitiva).

**Anexo C: Manual da Escala da Terapia Cognitiva**

ESCALA DE TERAPIA COGNITIVA

MANUAL DE AVALIAÇÃO

Jeffrey Young, Ph.D.  
Aaron T. Beck, M.D.

Universidade da Pensilvânia

Unidade de Pesquisa em Psicoterapia

## Instruções Gerais aos Avaliadores

O problema mais sério que temos observado nos avaliadores é o “efeito halo”. Quando o avaliador pensa que o terapeuta é bom, ele/ela tende a avaliar o terapeuta em alto nível em todas as categorias. O contrário também é verdadeiro, quando o avaliador acredita que a sessão é ruim.

Uma das funções mais importantes da Escala de Terapia Cognitiva é identificar os pontos fracos e fortes específicos do terapeuta. É raro encontrar um terapeuta que seja uniformemente bom ou mau. Por isso, pode ser útil para o avaliador elaborar uma lista com observações positivas e negativas enquanto ouvem a uma sessão, em vez de se concentrar em formar uma impressão global.

O segundo problema é a tendência de alguns avaliadores se apoiarem unicamente em suas próprias noções do que um ponto particular da escala significa (ex. e é a média) e desconsiderarem as descrições fornecidas no formulário. O problema com isso é que cada um de nós atribui significados idiossincráticos a números particulares na escala de 6 pontos. Os avaliadores mais críticos atribuem um 1 sempre que o terapeuta for “insatisfatório”, enquanto os avaliadores mais generosos atribuem um 5 quando o terapeuta meramente “fez um bom trabalho” ou “tentou muito”.

As descrições na escala devem ajudar na garantia da uniformidade entre os avaliadores. Por isso, pedimos que você baseie suas avaliações numéricas nas descrições fornecidas, sempre que possível. Não se preocupe se o resultado numérico não coincide com a sua “intuição” geral sobre o terapeuta. (afinal, você está livre para expressar sua “intuição” na avaliação geral na primeira página).

A única exceção seria nas sessões onde as descrições, aparentemente, não descrevem os problemas e comportamentos específicos do terapeuta que você observou. Quando este for o caso, desconsidere as descrições específicas e se baseie nas descrições de escala mais genéricas fornecidas nas instruções. Com estas exceções, seria útil se os avaliadores notassem por que as descrições não pareciam se aplicar, e que assim se possa refinar a escala no futuro.

### 1. AGENDA

#### Objetivo

Dado que a terapia cognitiva é uma terapia de resolução de problemas à um prazo relativamente curto, o tempo disponível limitado para cada entrevista deve ser utilizado com critério. No início de cada sessão, o terapeuta e o paciente, em conjunto, estabelecerão uma agenda com foco nos problemas específicos durante cada sessão. A agenda auxilia a assegurar que os assuntos mais pertinentes serão abordados de maneira eficiente.

#### Material de Referência

- a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 77-78, 93-98, 167-208.
- b. Terapia Cognitiva e os Transtornos Emocionais, pp. 224-300

#### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

A agenda normalmente começa com um breve histórico das experiências do paciente desde a última sessão. Este histórico inclui eventos relevantes da semana anterior, discussão e feedback relativo à tarefa de casa, e o estado emocional atual do paciente (conforme indicado pela pontuação da Escala BDI, Lista de Controle de Ansiedade, e o relato verbal de progresso do paciente).

Como o prazo da terapia cognitiva é relativamente curto prazo, ela depende muito da identificação precisa de problemas-alvo específicos. Sem os problemas-alvo, a terapia perde muito o foco, torna-se menos eficiente e, assim, mais lenta. Se o problema-alvo não for selecionado apropriadamente, o terapeuta poderá encontrar bastante dificuldade em avançar, seja porque um problema mais central esteja interferindo com o progresso, ou porque o paciente não está suficientemente preocupado com o problema para cooperar totalmente. Em alguns casos, um problema-alvo pode estar no foco e, ainda assim, não ser passível de tratamento em um determinado ponto da terapia.

Por isso, no início de uma sessão, o paciente e o terapeuta elaboram uma lista de problemas com os quais gostariam de trabalhar durante aquela hora. Estes poderiam incluir sintomas depressivos específicos, tais como apatia e falta de motivação, choro, ou dificuldade de concentração; até problemas externos da vida do paciente, como problemas conjugais, conflitos profissionais, preocupações na criação dos filhos, ou dificuldades financeiras.

Após concluída a lista de tópicos possíveis, o paciente e o terapeuta discutirão para decidirem quais tópicos incluir, qual a ordem de abordagem dos mesmos e, se necessário, quanto tempo deveria ser atribuído à cada tópico. Algumas ponderações para se estabelecer prioridades: o estágio da terapia, a gravidade da depressão, presença de desejos suicidas, o grau de estresse associado com cada área problemática, a probabilidade de se avançar na resolução do problema, e o número de diferentes setores da vida afetados por um tema ou tópico em particular.

Alguns dos erros mais comuns que se observa em terapeutas cognitivos novatos: 1) não conseguir chegar a um acordo sobre os problemas específicos a serem focalizados; 2) seleção de um problema periférico para atacar, em vez de focar em um conflito central; e 3) tendência a pular de um problema para o outro entre as sessões, em vez de buscar com persistência uma solução satisfatória para um ou dois problemas de cada vez. Em geral, nas fases iniciais do tratamento, e trabalhando com pacientes mais severamente deprimidos, provavelmente os objetivos comportamentais serão de maior utilidade do que aqueles estritamente cognitivos. À medida que a terapia progride, a ênfase vai mudando do alívio dos sintomas depressivos específicos (tais como, inatividade, auto-crítica excessiva, desesperança, choro, e dificuldade de concentração) para os problemas mais amplos (tais como ansiedade sobre o trabalho, objetivos de vida, e conflitos interpessoais).

O processo de selecionar um problema-alvo envolve um certo grau de “tentativa e erro”. O terapeuta deve tentar seguir a agenda ao longo de toda a sessão. Contudo, o terapeuta e o paciente deve estar dispostos a mudar para um problema diferente, eventualmente, caso fique aparente que aquele que escolheram seja menos importante, ou ainda não seja passível de mudança. Entretanto, uma mudança do problema-alvo deverá ser uma decisão colaborativa, após uma discussão sobre os motivos para a mudança de tópicos. Se o terapeuta resolve mudar sem nenhuma explicação, será

percebido pelo paciente como evidência de que o problema não pode ser resolvido e de nada adianta tentar.

O terapeuta também deve mostrar-se sensível aos desejos eventuais do paciente em discutir ou “ventilar” questões que lhe são importantes naquele momento particular, mesmo se estas discussões aparentemente não oferecem muito alívio no longo prazo, ou possam parecer irrelevantes ao terapeuta. Tal flexibilidade ilustra bem o relacionamento colaborativo em terapia cognitiva

A configuração da agenda deve ser feita de forma rápida e eficiente. O terapeuta deve evitar discutir o conteúdo de itens específicos da agenda antes de concluí-la. Além disso, a agenda não deverá ser excessivamente ambiciosa; geralmente, é impossível cobrir mais do que um ou dois problemas-alvo em uma dada sessão. Quando feita de maneira adequada, normalmente a agenda pode ser elaborada em cinco minutos.

## **2. FEEDBACK**

### Objetivo

O terapeuta deverá trabalhar para extrair do paciente, cuidadosamente, as reações positivas e negativas para todos os aspectos da terapia. O Feedback também inclui o controle para se assegurar que o paciente compreende as intervenções, formulações e linha de raciocínio do terapeuta, e que o terapeuta entendeu exatamente as questões principais do paciente.

### Material de Referência

a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 81-84.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

O terapeuta cognitivo se empenha em cada sessão para se assegurar de que o paciente esteja respondendo positivamente ao processo terapêutico. Começando com a primeira sessão, o terapeuta cuidadosamente extrai os pensamentos e os sentimentos do paciente sobre todos os aspectos da terapia. Rotineiramente, ele/ela pede a avaliação do paciente para cada sessão, estimulando-o a expressar quaisquer reações negativas ao terapeuta, sobre o modo como um problema é abordado, até tarefas de casa que lhe são propostas, etc. O terapeuta também deve ter sensibilidade para reações dissimuladas nas entrevistas, verbal ou não-verbalmente expressas pelo paciente, e deve perguntar sobre os pensamentos do paciente quando perceber estes sinais. Sempre que possível, o terapeuta deve pedir sugestões ao paciente sobre como proceder, ou escolher entre cursos de ação alternativos.

Um aspecto final do feedback é aquele em que o terapeuta verifica continuamente para assegurar-se que o paciente está entendendo as formulações do terapeuta. Pacientes deprimidos geralmente indicam compreensão simplesmente por concordância. Assim, o terapeuta deve fornecer resumos mínimos do que aconteceu durante a sessão e pedir ao paciente para abstrair os pontos principais da sessão de terapia. Na verdade, sempre é útil pedir ao paciente que escreva estas conclusões para revisá-las durante a semana. De

maneira análoga, é importante que o terapeuta resuma com regularidade o ele/ela acredita que o paciente está dizendo, pedindo ao paciente para modificar, corrigir, ou “afinar” o resumo do terapeuta.

## COMPREENSÃO

### Objetivo

O terapeuta comunica corretamente uma compreensão dos pensamentos e sentimentos do paciente. “Compreensão” se refere ao grau de sucesso o terapeuta consegue ao entrar no mundo do paciente, ver e experimentar a vida que o paciente leva, transmitindo esta compreensão ao paciente. A compreensão incorpora o que outros autores se referiram como competência de audição e de empatia.

### Material de Referência

a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 47-49.

### Fundamentação

O terapeuta inepto geralmente interpreta mal ou ignora a opinião do paciente, projetando incorretamente suas próprias atitudes, atitudes convencionais, ou atitudes derivadas de sistema teórico particular, sobre o paciente. Quando isso acontece, as intervenções provavelmente falharão, pois estarão direcionadas à cognições ou comportamentos que não são realmente centrais para a visão de realidade do paciente.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

O terapeuta deve ter sensibilidade tanto para o que o paciente diz explicitamente, como para o que ele/ela transmite pelo tom de voz e pelas respostas não-verbais. Às vezes, por exemplo, um paciente pode não reconhecer ou verbalizar um sentimento em particular (como a raiva), e, ainda assim, transmitir essa emoção ao terapeuta pelo tom de voz, ao descrever um evento ou pessoa em particular.

A menos que o terapeuta consiga apreender a “realidade interna” do paciente, é pouco provável que ele/ela consiga intervir efetivamente. Além disso, será difícil para o terapeuta estabelecer um contato, a menos que o paciente acredite que o terapeuta o(a) está entendendo. O terapeuta poderá transmitir esta compreensão reformulando ou resumindo o que o paciente parece estar sentindo. O tom de voz e as respostas não-verbais do(a) terapeuta devem transmitir uma compreensão solidária para com o ponto-de-vista do paciente (embora o terapeuta deva manter objetividade em relação aos problemas do paciente).

### A compreensão do terapeuta

O ideal é que a compreensão do terapeuta da “realidade interna” do paciente leve a uma conceituação acurada dos problemas do paciente, e assim a uma estratégia de mudança eficaz.



## Considerações Especiais na Avaliação

A “compreensão”, aparentemente, é uma das categorias mais difíceis em termos de consenso entre os avaliadores. Por isso, é importante que os avaliadores prestem especial atenção às descrições para cada ponto da escala. O nível 0 significa que o terapeuta passou totalmente longe do foco do que o paciente estava dizendo. Para ter “0”, é preciso que o terapeuta não consiga repetir com precisão nem os elementos mais óbvios do que o paciente está dizendo. O nível 2 se aplica aos terapeutas que são muito literais ou tangenciais – eles conseguem exprimir o que o paciente diz explicitamente, mas lhes falta clareza com relação às conotações mais sutis que sugerem que outra coisa está acontecendo, ou então repetem com precisão aspectos periféricos do que o paciente diz, mas erram o alvo.

Ambos os níveis 4 e 6 indicam que o terapeuta parece apreender a perspectiva do paciente. Contudo, o nível 6 indica uma competência maior em comunicar ao paciente um entendimento solidário e uma compreensão mais aguçada do mundo do paciente, que pode se refletir na habilidade do terapeuta de prever como e por que o paciente reage como ele/ela faz em certas situações.

## **4. EFICÁCIA INTERPESSOAL**

### Objetivo

O terapeuta cognitivo deve mostrar ótimos níveis de receptividade, preocupação, confiança, autenticidade e profissionalismo.

### Material de Referência

a. Terapia Cognitiva de Depressão, PP. 45-47, 49-50.

### Fundamentação

Uma variedade de estudos de pesquisa respaldam a importância destas variáveis “não-específicas” nos desfechos favoráveis de psicoterapia. Para terapeutas cognitivos, estas competências interpessoais são essenciais para se estabelecer colaboração.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

O terapeuta deve conseguir transmitir que ele/ela é autêntico, sincero e aberto. O terapeuta não deve agir de maneira a parecer paternalista ou condescendente, nem tampouco deve evitar as perguntas dos pacientes. Assim, o terapeuta cognitivo experiente não vai parecer estar desempenhando o papel de um terapeuta, mas se mostra simples e direto.

Acompanhando esta abertura, o terapeuta cognitivo deve transmitir cordialidade e cuidado em todo o conteúdo abordado e com comportamentos não-verbais, como tom de voz e contato visual. No curso do questionamento sobre o ponto de vista do paciente, os terapeutas devem ter cuidado para não parecerem estar criticando, reprovando ou

ridicularizando a perspectiva do paciente. O terapeuta pode utilizar e estimular com frequência o humor para estabelecer uma relação positiva.

É também vital para os terapeutas terem uma atitude profissional. Sem parecer distante ou frio, o terapeuta cognitivo deve transmitir uma confiança descontraída em relação a sua habilidade de ajudar o paciente deprimido. Esta confiança pode servir como um antídoto para a desesperança inicial do paciente em relação à resolução. Uma atitude profissional também pode facilitar para o terapeuta desempenhar um papel de direcionamento, impor uma estrutura e mostrar-se convincente ao expressar pontos-de-vista alternativos. Muito embora o paciente e o terapeuta compartilhem a responsabilidade pela terapia, o terapeuta eficaz deve conseguir usar, quando necessário, o poder de alavancagem que lhe é concedido enquanto profissional.

### Considerações Especiais na Avaliação

A Avaliação da Eficácia Interpessoal é outra categoria na qual o consenso entre avaliadores ficou bem aquém do ideal. O nível “0” deveria ser utilizado para terapeutas de quem, razoavelmente, se poderia esperar tivessem efeitos negativos sobre o paciente devido às suas fracas competências interpessoais. Como são hostis, frios ou críticos, estes terapeutas podem minar a autoestima do paciente, e impossibilitar o desenvolvimento da confiança. Ambos os níveis “2” e “6” representam competências interpessoais; a diferença reside simplesmente no grau.

## **5. COLABORAÇÃO**

### Objetivo

Um dos preceitos fundamentais da terapia cognitiva é que haja uma relação colaborativa entre o paciente e o terapeuta. Esta colaboração toma a forma de uma aliança terapêutica, na qual o terapeuta e o paciente trabalham juntos para combater um inimigo comum: a angústia do paciente.

### Material de Referência

- a. Terapia Cognitiva e os Distúrbios Emocionais, pp 220-221.
- b. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 50-54.

### Fundamentação

Há, pelo menos, três objetivos a serem atingidos com esta abordagem colaborativa. Primeiro, a colaboração ajuda a garantir que o paciente e o terapeuta tenham objetivos compatíveis a cada ponto no curso do tratamento. Deste modo, não trabalham com conflito de interesses. Segundo, o processo minimiza a resistência do paciente, que frequentemente surge quando o terapeuta é visto como um competidor ou um agressor, ou ainda é visto como querendo controlar ou dominar o paciente. Terceiro, a aliança ajuda a evitar mal-entendidos entre o paciente e o terapeuta. Tais mal-entendidos podem levar o terapeuta a enveredar por becos-sem-saída, ou levar o paciente a interpretar erroneamente o que o terapeuta tem tentado transmitir.

## Estratégias Terapêuticas Desejáveis

Relacionamento. Relacionamento se refere ao acordo harmonioso entre pessoas. Em terapia cognitiva, este relacionamento envolve um sentido em que o paciente e o terapeuta estão funcionando juntos como um time, que eles se sentem confortáveis trabalhando juntos. Nenhum deles está na defensiva ou indevidamente inibido. Para o relacionamento se desenvolva, o terapeuta vai seguidamente precisar mostrar a compreensão e as qualidades interpessoais descritas nos itens 2, 3, e 4, na Escala de Terapia Cognitiva. Contudo, o relacionamento envolve mais do que mostrar cordialidade e empatia. Ele requer que o terapeuta adapte a estrutura e o estilo da terapia às necessidades e desejos de cada paciente em particular.

Estabelecendo um equilíbrio entre a estrutura e a autonomia do paciente - Para estabelecer um relacionamento colaborativo, o terapeuta precisa, por um lado, atingir um equilíbrio entre ter que direcionar, impondo uma estrutura e, por outro, permitir que o paciente faça escolhas e assuma responsabilidade. Este equilíbrio envolve decidir quando falar e quando ouvir; quando confrontar e quando recuar; quando oferecer sugestões e quando esperar que o paciente o faça.

Focando em problemas que paciente e terapeuta consideram importantes – Um dos aspectos mais importantes da colaboração é o conhecimento de que a sessão está centrada no problema que ambos, terapeuta e paciente, consideram importante. A menos que o terapeuta fique atento aos desejos do paciente em cada sessão, ele/ela podem continuar focando num problema ou técnica que o paciente não considera relevante/importante. O paciente e o terapeuta podem iniciar o trabalho gerando conflito de interesses, e acabar desfazendo a colaboração.

Esclarecendo a fundamentação para as intervenções – um outro elemento do processo colaborativo e o terapeuta explicar os fundamentos de muitas das intervenções que ele/ela realiza. Esta fundamentação desmitifica o processo de terapia e, assim, facilita a compreensão do paciente de uma abordagem particular. Além disso, quando o paciente consegue perceber a relação entre uma determinada tarefa ou técnica e a solução para o seu problema, é muito mais provável que ele/ela participe conscientemente.

## **6. RITMO E A EFICIENTE UTILIZAÇÃO DO TEMPO**

### Objetivo

O terapeuta deverá realizar o máximo possível durante cada sessão, levando em conta a capacidade presente do paciente de absorver informações novas. Para otimizar o tempo disponível, o terapeuta deverá manter controle suficiente, limitando a discussão de assuntos periféricos, interrompendo discussão improdutivas, e cadenciando a sessão apropriadamente.

### Material de Referência

- a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp 65-66

## Estratégias Desejáveis Terapêuticas

Muitas vezes observamos sessões nas quais o terapeuta imprimiu um ritmo demasiado lento ou demasiado rápido para um paciente em particular. Por outro lado, o terapeuta pode discorrer demoradamente sobre um ponto depois de o paciente já ter apreendido a mensagem, ou pode coletar muito mais dados do que o necessário antes de formular uma estratégia para a mudança. Nesses casos, as sessões ficam maçantes, vagarosas e ineficientes. Por outro lado, o terapeuta pode mudar de um tópico para o outro muito rapidamente, antes que o paciente tenha a chance de integrar uma nova perspectiva. Ou, ainda, o terapeuta pode intervir antes que ele/ela consiga coletar dados suficientes para a conceitualização do problema.

A agenda fornece um plano estrutural que deverá auxiliar o terapeuta a utilizar o tempo de forma eficiente. O terapeuta deve monitorar o fluxo de discussão, mantendo controle suficiente sobre o processo de cada sessão para assegurar-se que paciente e terapeuta vão aderir ao seu plano original. Deste modo, os itens mais importantes da agenda serão cobertos. Temas não concluídos devem ser remarcados.

Durante a fixação da agenda, os aportes do terapeuta podem limitar a discussão de assuntos periféricos. Contudo, durante a sessão o paciente e o terapeuta podem, inadvertidamente, desviar de um tópico significativo da agenda para outro que, ainda que esteja relacionado, seja menos importante. Em tais casos, o terapeuta deve, educadamente, interromper essas discussões periféricas, e voltar para o item da agenda.

Mesmo quando focado em um tema central, a discussão pode chegar a um ponto em que não se está mais tendo progresso. Nesses casos, o terapeuta deve gentilmente interromper a discussão improdutiva, tentando abordar o assunto de outra perspectiva.

## **7. A DESCOBERTA GUIADA**

### Objetivo

A descoberta guiada é uma das estratégias mais básicas do terapeuta cognitivo eficiente. O terapeuta cognitivo geralmente utiliza exploração e questionamento para auxiliar os pacientes a enxergar novas perspectivas, enquanto outros terapeutas utilizam o debate e o discurso. O terapeuta cognitivo tenta evitar “interrogar” o paciente, ou colocá-lo na defensiva

### Material de Referência

a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 66-71

### Fundamentação

Temos observado que os pacientes geralmente adotam novas perspectivas mais prontamente quando tiram suas próprias conclusões, do que quando o terapeuta tenta debater com eles/elas. Neste sentido, o terapeuta cognitivo se aproxima mais de um

professor competente do que de um advogado. Ele/ela guia o “estudante” para que ele/ela veja problemas lógicos na sua atual posição; para examinar evidências que contradigam as crenças do estudante; para coletar informação quando mais for necessário para testar uma hipótese; para que volte seu olhar a novas alternativas que o estudante, talvez, nunca tenha levado em consideração, e para chegar à conclusões válidas após esta exploração. As técnicas para a mudança de cognições e comportamentos, nesta terapia, podem, na sua maioria, ser integradas nesta estratégia mais básica, que os educadores rotulam de “descoberta guiada”. Assim, o teste de hipóteses, o empirismo, a implantação de experimentos, o questionamento indutivo, comparação de vantagens e desvantagens, etc. são todas ferramentas à disposição do terapeuta para auxiliá-lo no processo da “descoberta guiada”

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

O questionamento merece uma atenção especial, sendo tão essencial ao processo da descoberta guiada. Perguntas bem formuladas, e apresentadas numa sequência lógica são, geralmente, extremamente efetivas. Uma única pergunta pode, simultaneamente, fazer com que o paciente se conscientize de uma área problemática em particular, auxiliar o terapeuta a avaliar a reação do paciente a esta nova área de investigação, obter dados específicos sobre o problema, gerar possíveis soluções para problemas que o paciente tinha encarado como insolúveis, e lançar sérias dúvidas na mente do paciente com relação à conclusões previamente distorcidas.

Algumas das funções com as quais o questionamento pode contribuir neste processo são mencionadas a seguir:

1. Estimular o paciente a começar o processo de tomada de decisão, desenvolvendo abordagens alternativas.
2. Assistir o paciente em tomar uma decisão, pesando os prós e os contras das alternativas que já foram geradas, e assim estreitando o leque de possibilidades desejáveis.
3. Levar o paciente a considerar as consequências de continuar adotando comportamentos disfuncionais.
4. Analisar as vantagens potenciais de se portar de modo mais adaptativo.
5. Determinar o significado que o paciente atribui a um evento em particular ou conjunto de circunstâncias.
6. Auxiliar o paciente a definir critérios na aplicação de certas auto-avaliações mal-adaptadas (veja discussão sobre a técnica de se operacionalizar uma construção negativa na Seção 9).
7. Demonstrar ao paciente como ele/ela seletivamente foca apenas em informações negativas ao tirar conclusões. No trecho a seguir, uma paciente deprimida ficou enojada consigo mesma, por comer doce quando estava de dieta:

Paciente: Eu não tenho nenhum auto-controle.

Terapeuta: Baseada em que você diz isso?

Paciente: Alguém me ofereceu um doce, e eu não pude recusá-lo.

Terapeuta: Você estava comendo doce todos os dias?

Paciente: Não, só comi desta vez.

Terapeuta: Você fez algo construtivo durante a semana passada para aderir a sua dieta.

Paciente: Bem, eu não cedi à tentação de comprar doce toda vez que o via numa loja...e também, não comi nenhum doce, a não ser aquela vez que me foi oferecido, e não pude resistir.

Terapeuta: Se você contasse todas as vezes que você se controlou versus o número de vezes que você cedeu, que proporção você teria?

Paciente: Por volta de 100 para 1.

Terapeuta: Se você se controlou 100 vezes, e não se controlou apenas uma vez, isso seria um sinal que você é totalmente fraco?

Paciente: Acho que não --- não totalmente (sorrisos)

Para ilustrar ao paciente o modo como ele/ela desqualifica evidências positivas. No exemplo abaixo, o paciente reconhece que ignorou evidência óbvia de progresso.

Paciente: Eu realmente não tive nenhum progresso na terapia.

Terapeuta: Mas você não teve que melhorar para poder sair do hospital e voltar para o colégio.

Paciente: E isso é uma grande coisa ir para o colégio todos os dias?

Terapeuta: Por que diz isso?

Paciente: É fácil assistir estas aulas porque todas as pessoas são saudáveis.

Terapeuta: E como foi com a terapia de grupo no hospital? Como você se sentia lá?

Paciente: Eu acho que pensava que seria fácil estar com outras pessoas, porque eram tão malucas quanto eu.

Terapeuta: É possível afirmar que, não importa o que você consiga realizar, você tende a se desacreditar?

9. Para se abrir à discussão certas áreas problemáticas sobre as quais o paciente tinha prematuramente fechado questão, e as quais continuam a influenciar seus padrões mal-adaptados.

Isso não é para dizer que o terapeuta cognitivo efetivo depende, unicamente, ou mesmo primariamente, no questionamento em todas as sessões. Em algumas instâncias, é apropriado que o terapeuta forneça informação, confronte, explique, se auto-revele, etc. em vez de questionar. O equilíbrio entre o questionamento e outros modo de intervenção naquele problema em particular que está sendo tratado, daquele paciente e do ponto na terapia. A adequação de uma intervenção pode ser avaliada através da observação: seu efeito sobre a relação colaborativa; o grau de dependência que promove no paciente; e, obviamente, o seu êxito em ajudar o paciente a adotar uma nova perspectiva.

Frequentemente, há uma linha muito tênue entre guiar um paciente, e tentar persuadi-lo. Em alguns casos, o terapeuta cognitivo pode precisar reiterar, energicamente, um ponto que o terapeuta e o paciente já tenham estabelecido. Logo, em relação a decidir se um terapeuta está atuando de maneira desejável, a principal distinção não está em se o terapeuta é enérgico ou tenaz, mas sim se o terapeuta, no total, parece estar colaborando com o paciente, em vez de discutir com ele. No trecho a seguir, o terapeuta utiliza o questionamento para demonstrar ao paciente as consequências mal-adaptadas de se manter o pressuposto que o indivíduo deve sempre se preparar para atingir o máximo do seu potencial.

Paciente: Acho que eu sempre deveria trabalhar até o máximo do meu potencial.

Terapeuta: Por que isso?

Paciente: De outro modo, estaria perdendo tempo.

Terapeuta: Mas qual é o objetivo a longo prazo em trabalhar no máximo do seu potencial.

Paciente: (longa pausa) Nunca cheguei realmente a pensar sobre isso. Apenas sempre assumi que eu devia fazê-lo.

Terapeuta: Existe alguma coisa positiva da qual você tem que desistir por sempre ter que trabalhar até o limite do seu potencial.

Paciente: Suponho que fica mais difícil relaxar ou tirar férias.

Terapeuta: E se você “vivesse de acordo com o seu potencial” para poder se divertir e relaxar? Isso tem alguma importância?

Paciente: Nunca realmente pensei nisso desse jeito.

Terapeuta: Talvez possamos trabalhar a questão de você se permitir não trabalhar até o máximo do seu potencial todo o tempo.

### Exemplo de uma Aplicação Indesejável

As aplicações desejáveis acima podem ser contrastadas com um dos erros de estilo mais comuns que se observa nos estagiários. O comportamento do terapeuta, às vezes inapropriadamente, fica parecendo o de um vendedor pressionando para persuadir os pacientes no sentido de que eles adotem o ponto de vista do terapeuta. A título de comparação, segue um breve exemplo de uma abordagem de “alta pressão”:

Paciente: eu simplesmente não consigo fazer mais nada direito na escola.

Terapeuta: Isso é fácil de entender. Você está deprimido(a). E quando as pessoas estão deprimidas, elas sentem muita dificuldade para estudar.

Paciente: Eu acho que é só idiotice minha.

Terapeuta: Mas você estava indo muito bem até há um ano atrás, quando seu pai faleceu, e você entrou em depressão.

Paciente: Era porque o trabalho era mais fácil nessa época.

Terapeuta: Com certeza deve haver algo que você esteja fazendo corretamente na escola. Talvez você esteja exagerando.

## **8. FOCANDO EM COGNIÇÕES E COMPORTAMENTOS DECISIVOS**

### Objetivo e Fundamentação

Uma vez que o terapeuta e o paciente concordaram sobre um alvo problemático central, o próximo passo do terapeuta é conceitualizar o porquê de o paciente estar encontrando dificuldade nesta área em particular. A fim de conceitualizar este problema, o terapeuta deverá extrair e identificar os pensamentos automáticos chaves, que subjazem os pressupostos, os comportamentos, etc. que compreendem o problema. A partir daí, estas cognições e comportamentos específicos servirão como alvos para a intervenção.

### Material de Referência

- a. Terapia Cognitiva e os Transtornos Emocionais: pp. 6-131, 246-257.
- b. Terapia Cognitiva de Depressão: pp. 142-152, 163-166, 244-252.

### Conceitualizando o Problema

O terapeuta cognitivo eficaz está continuamente engajado no processo de conceitualização do problema do paciente enquanto ajuda o paciente a identificar pensamentos-chaves automáticos, pressupostos, comportamentos, etc. Através desta conceitualização, o terapeuta integra cognições, emoções e comportamentos específicos num enquadramento mais amplo, que explica porque o paciente está tendo dificuldade numa área problemática em particular. Sem este enquadramento mais amplo (que pode ser revisado continuamente), o terapeuta parece um detetive, que tem um monte de pistas, mas ainda não solucionou o mistério (mas, uma vez que ele encaixe todas as pistas, a natureza do “crime” fica clara). Então, o terapeuta pode distinguir entre pensamentos que são críticos para a investigação e aqueles que são periféricos. Deste modo, a conceitualização guia o terapeuta na decisão de para quais pensamentos, pressupostos, ou comportamentos deve primeiramente dirigir o seu foco, e quais deve deixar para uma data posterior. Sem essa conceitualização, o terapeuta pode acabar selecionando comportamentos ou cognições de maneira aleatória, e assim conseguindo um progresso limitado ou errático.

Embora seja difícil de avaliar, a partir da observação de uma única sessão, a qualidade de conceitualização de um terapeuta, acreditamos que no longo prazo esta se confirmará como um dos determinantes cruciais da efetividade de um terapeuta cognitivo. Tentamos fazer inferências sobre a qualidade da conceitualização, observando se a condições ou comportamentos específicos focalizados numa determinada sessão parecem ser centrais ao problema do paciente e não periféricos. Se a conceitualização do terapeuta for fraca (uma hipótese), então a fundamentação para se focar num pensamento ou comportamento em particular não ficará clara para o avaliador experiente. Além disso, problemas-alvos, intervenções, tarefas de casa, etc. parecerão “estar interligados” dentro de uma estrutura unificada, se a conceitualização for boa.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis para se Conseguir Extrair Pensamentos Automáticos

#### Questionamento Indutivo

O terapeuta pode fazer ao paciente uma série de perguntas, para explorar algumas das razões possíveis para as reações emocionais do paciente. O questionamento habilidoso pode fornecer aos pacientes uma estratégia para a exploração introspectiva, que eles mais tarde poderão empregar sozinhos, quando o terapeuta não estiver por perto. (veja exemplo na seção sobre descoberta guiada).

#### Imagens

Quando os pacientes podem identificar eventos ou situações que parecem ser gatilhos para a resposta emocional, o terapeuta pode sugerir que os pacientes façam uma representação da situação angustiante em detalhes. Se a imagem for realista e clara para o paciente, eles são geralmente capazes de identificar os pensamentos automáticos que estavam tendo naquele momento. O trecho a seguir ilustra esta técnica:

Paciente: Não posso ir ao boliche. Toda vez que entro lá, tenho vontade de fugir.

Terapeuta: Você lembra de alguns pensamentos que teve quando foi lá?

Paciente: Na verdade, não. Talvez só traga lembranças, não sei.



Terapeuta: vamos tentar um experimento para ver se podemos descobrir o que você estava pensando, ok?

Paciente: Acho que sim.

Terapeuta: Gostaria que você relaxasse, e fechasse os olhos. Agora, imagine que você está entrando na pista de boliche. Descreva-me o que está acontecendo.

Paciente: (descreve a entrada na pista, pegando uma ficha de pontuação, etc.), tenho vontade de sair, simplesmente ir embora.

Terapeuta: O que você está pensando agora?

Paciente: Estou pensando “Todo mundo que joga comigo vai rir de mim quando virem como jogo mal.”

Terapeuta: Você acha que este pensamento pode ter causado o seu desejo de fugir?

Paciente: Eu que sim.

### Representação de Papéis

Quando o evento gatilho for de natureza interpessoal, representar um papel geralmente é mais efetivo do que fazer uma imagem. Com esta estratégia, o terapeuta representa o papel da outra pessoa envolvida na situação tensa, enquanto os pacientes “representam” o seu próprio papel. Se os pacientes puderem envolver-se na dramatização, os pensamentos automáticos podem geralmente ser extraídos com a ajuda do terapeuta.

### Alteração de Humor Durante a Sessão

O terapeuta pode tirar vantagem de quaisquer mudanças de humor que acontecerem durante a sessão, apontando-as para o paciente o mais rapidamente possível. Então, o terapeuta pergunta ao paciente o que ele/ela estava pensando pouco antes da evolução da disforia, choro, raiva, etc.

### Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais

Este é o método mais simples de se identificar com exatidão os pensamentos automáticos, uma vez que o paciente esteja familiar com a técnica. O paciente vai fazer uma lista, em casa, com os pensamentos automáticos, na coluna apropriada do formulário. O terapeuta e o paciente farão uma análise desses pensamentos durante a sessão.

É importante que se faça a distinção entre este processo de extração de pensamentos automáticos e as “interpretações” feitas em outras terapias. O terapeuta cognitivo não apresenta um pensamento automático que o paciente já não tenha mencionado. Esta “clarividência” compromete o papel do paciente como colaborador, dificulta para o paciente a identificação desses pensamentos, em casa, quando o terapeuta não está por perto. E, mais importante ainda, se a “intuição” do terapeuta estiver errada, vai acabar num beco-sem-saída. Eventualmente, será necessário que o terapeuta sugira vários pensamentos automáticos plausíveis (técnica de múltipla escolha) quando outras estratégias falharem.

O exemplo de “clarividência” a seguir fornece um contraste com a técnica de imagens que ilustramos anteriormente:

Paciente: Não ir ao boliche. Toda vez que entro lá, tenho vontade de fugir.

Terapeuta: Por que?

Paciente: Não sei. Só quero sair.

Terapeuta: Você se pergunta, “Eu gostaria de não ter que jogar sozinho”?

Paciente: Talvez. Não tenho certeza.

Terapeuta: Bem, você fique pensando que o boliche não vai resolver os seus problemas. Você está certo, mas já é um começo.

### Apurando o Significado de um Evento

Às vezes, tentativas habilidosas do terapeuta para conseguir extrair pensamentos automáticos não dão resultado. Então, o terapeuta deve tentar discernir, através do questionamento, o significado específico para o paciente do evento que precedeu a resposta emocional. Por exemplo, um paciente começou a chorar sempre que teve uma discussão com sua namorada. Não foi possível identificar um pensamento automático específico. Contudo, após o terapeuta ter feito uma série de perguntas para investigar o significado do evento, ficou óbvio que o paciente sempre associava qualquer tipo de discussão ou briga com o fim do relacionamento. Era esse significado, embutido na sua visão do evento que precedia o seu choro.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis para Identificar Pressupostos Subjacentes

Quase sempre observamos padrões gerais que parecem estar na base dos pensamentos automáticos do paciente. Esses padrões, ou regularidades, atuam como um conjunto de regras que orientam o modo com que um paciente reage a muitas situações diferentes. Referimo-nos a essas regras como pressupostos. Esses pressupostos podem determinar, por exemplo, o que os pacientes consideram “certo” ou “errado” ao julgarem a si mesmos e a outras pessoas.

Embora os pacientes possam, quase sempre, identificar prontamente os seus pensamentos automáticos, os seus pressupostos subjacentes são bem menos acessíveis. A maioria das pessoas não está consciente dos seus “regulamentos”. Os pressupostos tipicamente desarticulados incluem:

1. Para que eu seja feliz, tenho que ter sucesso em qualquer coisa que eu empreenda.
2. Não posso viver sem amor.

Quando essas regras são enquadradas em termos absolutos, são irrealistas, ou são utilizadas inapropriadamente, ou excessivamente, elas geralmente levam a transtornos como depressão, ansiedade, e paranóia. Nós rotulamos as regras que levam a tais problemas de “mal-adaptadas”. Um dos maiores objetivos da terapia cognitiva, principalmente nos últimos estágios do tratamento, é ajudar os pacientes a identificarem, e questionarem os pressupostos mal-adaptados que afetam a sua habilidade de evitar depressões futuras.

A fim de identificar esses pressupostos mal-adaptados, o terapeuta poderá prestar atenção aos assuntos que pareçam abranger diversas situações diferentes ou áreas problemáticas. Então, o terapeuta poderá listar vários pensamentos automáticos relacionados, que o paciente já tenha expressado em ocasiões diferentes, e pedir ao paciente que abstraia o “regulamento” geral, que conecta os pensamentos automáticos. Se o paciente não puder fazê-lo, o terapeuta pode sugerir um pressuposto plausível, listar os pensamentos que parecem se seguir daí, e daí perguntar ao paciente: se o pressuposto “soa verdadeiro”. O terapeuta deve estar aberto à possibilidade de o

pressuposto não casar com o paciente, e então trabalhar com o paciente para definir com exatidão uma afirmação mais precisa do “regulamento” subjacente.

### Considerações Especiais na Avaliação

Essencialmente, há dois processos separados incorporados nesta categoria. O primeiro processo envolve a utilização de técnicas apropriadas para conseguir extrair pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes, comportamentos, etc. do paciente. Se o terapeuta falhar completamente nesta tarefa e não conseguir extraí-los, então o avaliador deve atribuir um 0. Se o terapeuta utiliza técnicas apropriadas para obter pensamentos e comportamentos, ele/ela devem receber uma avaliação de, pelo menos, 2.

O segundo passo desse processo é terapeuta integrar essas cognições e comportamentos dentro de uma conceitualização do problema do paciente. A conceitualização explica como a constelação particular de cognições/comportamentos é periférica ao problema – e por isso deve ser postergada – e quais são centrais e devem servir como foco de intervenção. Se o terapeuta não conseguir focar num pensamento ou comportamento em particular, o terapeuta deve receber um 2.

Ou, se a conceitualização do terapeuta estiver tão distante que o foco pareça totalmente inapropriado, o terapeuta deve receber um 2.

Se o terapeuta selecionar uma cognição/comportamento relevante como foco, mas a conceitualização do avaliador firmemente sugerir que algum outro foco seria muito mais proveitoso, o avaliador deve atribuir um 4. Se a conceitualização e o foco do terapeuta parecem muito promissores e “no alvo”, o avaliador deverá atribuir um 6.

Note que para este item o terapeuta não precisa intervir de todo para receber uma alta pontuação. O único requisito é que o terapeuta consiga extrair, com êxito, pensamentos/comportamentos relevantes, conceitualizar o problema, e identificar focos importantes.

## **9. ESTRATÉGIA DE MUDANÇA**

### Objetivo

Após a conceitualização do problema e da identificação exata de cognições e/ou comportamentos centrais, o terapeuta deverá planejar uma estratégia de mudança. A estratégia de mudança deverá, logicamente, partir da conceitualização do problema, devendo incorporar as intervenções cognitivo-comportamentais mais promissoras escolhidas para aqueles paciente e ponto do tratamento em particular.

### Material de Referência

- a. Terapia Cognitiva e os Transtornos Emocionais, pp. 233-300 (esp. 257-262)
- b. Terapia cognitiva de Depressão, pp. 104-271.

### Fundamentação

Há tantas táticas terapêuticas diferentes disponíveis ao terapeuta cognitivo que, a menos que ele/ela desenvolva uma estratégia global para um determinado caso, a terapia

poderá acabar seguindo um curso errático, baseado em erros e acertos. O terapeuta pode estar empregando vários procedimentos simultaneamente; quando for este o caso, todo o procedimento deve se encaixar como parte integrante de plano mestre. A estratégia de mudança deve partir, logicamente, da conceitualização do problema discutido na Seção 9 (“Focando em Cognições ou Comportamentos Específicos”)

A estratégia global de mudança, de maneira geral, incorpora técnicas tiradas de uma ou mais das três categorias de intervenção: testando pensamentos automáticos, modificando pressupostos, e mudando comportamentos.

### Técnicas Desejáveis para Testar Pensamentos Automáticos

Uma vez que o terapeuta e o paciente identifiquem um pensamento automático importante, o terapeuta pede ao paciente para esquecer, temporariamente, a sua convicção de que o pensamento é inegavelmente verdadeiro, e passar a vê-lo como uma hipótese a ser testada. O terapeuta e o paciente colaboram para coletar os dados, avaliar evidências, e tirar conclusões.

Este método experimental é básico na aplicação da terapia cognitiva. O terapeuta ajuda o paciente a aprender um processo de raciocínio que se assemelha à investigação científica. O terapeuta demonstra ao paciente que a percepção da realidade não é o mesmo que a realidade propriamente dita. Os pacientes aprendem a desenhar experimentos que testarão a validade dos seus próprios pensamentos automáticos. Assim, os pacientes aprendem como modificar o pensamento mal-adaptado, de modo a manterem seus ganhos depois do fim do tratamento.

Há várias técnicas para testar a validade dos pensamento automáticos:

Examinando evidências disponíveis – o terapeuta pede ao paciente para buscar inspiração nas suas experiências anteriores para listar evidências que apoiem e contradigam a hipótese. Após sopesar todas as evidências disponíveis, os pacientes, frequentemente, rejeitam os seus pensamentos automáticos como falsos, imprecisos ou exagerados.

Formatando um Experimento. O terapeuta pede ao paciente para projetar um experimento para testar a hipótese. Uma vez que o experimento for planejado, o paciente prevê qual será o resultado e, então, coleta os dados. Geralmente, os dados contradizem a previsão do paciente, e ele pode rejeitar os pensamentos automáticos.

Questionamento Indutivo. Quando as abordagens anteriores não forem apropriadas ou aplicáveis, o terapeuta poderá apresentar evidência de sua experiência própria que contradiga a hipótese do paciente. Essa evidência é apresentada na forma de uma pergunta, que coloca um dilema lógico ao paciente (ex. “90% de meus pacientes dizem que não vão melhorar e, no entanto, a maioria deles, na verdade, melhora”. Por que você acha que é diferente deles?”). De forma alternativa, através do questionamento o terapeuta pode apontar falhas lógicas dentro do próprio sistema de convicções do paciente (ex. “Você diz que sempre foi uma pessoa fraca. E, contudo, você também me diz que antes de ficar deprimido você ia bem. Você vê alguma inconsistências neste raciocínio?”).

### Operacionalizando um constructo negativo e definindo termos.

Por vezes, como um passo para testar um pensamento automático, o terapeuta e o paciente têm que definir, em termos mais concretos, o que o paciente entende ao utilizar uma palavra ou expressão em particular. Por exemplo, um paciente em nossa clínica ficou dizendo a si mesmo, “Eu sou um covarde”. Para se testar o pensamento, o terapeuta e o paciente, primeiramente, tiveram que definir e dar os referentes daquele conceito. Neste caso, operacionalizaram “covardia” como não defender-se quando é atacado. Após se ter chegado a um acordo sobre este critério, o terapeuta e o paciente examinaram evidências passadas para avaliar se “covarde” era um rótulo válido. Este procedimento pode ajudar o paciente a reconhecer a natureza arbitrária de suas auto-avaliações, ajustando-as mais às definições de senso comum desses termos negativos.

Reatribuição. Uma das técnicas mais poderosas para testar pensamentos automáticos é a “reatribuição”. Quando os pacientes, irrealisticamente, se culpam por eventos desagradáveis, o terapeuta e o paciente podem revisar a situação para descobrir outros fatores que possam explicar o que aconteceu, além ou somado ao comportamento do paciente. Esta técnica pode também ser utilizada para mostrar aos pacientes que alguns dos problemas que eles estão enfrentando são sintomas de depressão (ex. perda de concentração), e não indicações de deterioração psicológica permanente.

Gerando alternativas. Quando pacientes visualizam problemas particulares como insolúveis, o terapeuta pode trabalhar com eles para gerar soluções para o problema que não tinha sido considerado. Às vezes, o paciente já vislumbrou uma solução viável, mas rejeitou-a prematuramente como impraticável ou com pouca probabilidade de ser eficaz.

### Técnicas Desejáveis para Modificar Pressupostos Subjacentes

O terapeuta cognitivo enfatiza o questionamento na modificação de pressupostos subjacentes. Pensamos que a abordagem mais eficaz seja aquela em que o paciente desenvolve evidência contra o pressuposto, sozinho ou em colaboração com o terapeuta. Após se ter identificado um pressuposto, o terapeuta faz uma série de perguntas ao paciente para demonstrar as contradições ou problemas inerentes ao pressuposto.

Outra estratégia para se testar os pressupostos é o terapeuta e o paciente gerarem listas de vantagens e desvantagens de se alterar um pressuposto. Uma vez terminadas as listas, o terapeuta e o paciente podem discutir, e confrontar as considerações. Uma abordagem relacionada é o paciente sopesar a utilidade, a longo e curto prazos, dos pressupostos.

Muitos pressupostos tomam a forma de “deve” – regras sobre o que seria ideal que os pacientes fizessem em determinadas situações. Uma estratégia comportamental, “prevenção de resposta” foi adaptada como uma técnica para a superação desses “deve”. Uma vez que o “deve” for identificado, o terapeuta e o paciente arquitetam um experimento para testar o que aconteceria se o paciente não obedecesse ao regulamento. O paciente faz uma previsão sobre o resultado a ser esperado, o experimento é realizado, e os resultados são discutidos. De maneira geral, é desejável se gerar uma série de tarefas graduadas que violem o “deve”, de modo que o paciente, primeiramente, tenta mudanças menos ameaçadoras. Por exemplo, paciente que acha que “deve” trabalhar o tempo todo, poderia experimentar, aumentando gradualmente o tempo que devota às atividades de lazer.

## Técnicas Desejáveis para a Mudança de Comportamentos

O terapeuta cognitivo também se utiliza de uma variedade de técnicas comportamentais para ajudar o paciente a melhor lidar com situações ou problemas interpessoais. Estas técnicas comportamentais são “orientadas para a ação”, no sentido que os pacientes praticam procedimentos específicos para lidar com situações concretas, ou para utilizar o tempo de modo mais adaptativo. Assim, em contraste com as técnicas estritamente cognitivas, as técnicas comportamentais focam mais em como agir ou lidar, do que em como visualizar ou interpretar eventos.

Uma das principais metas das técnicas comportamentais é modificar as crenças disfuncionais. Por exemplo, o paciente que acredita que “Eu não posso mais aproveitar as coisas”, geralmente modifica este pensamento automático após terminar uma série de tarefas que visam aumentar o número e a variedade de atividades prazerosas que ele/ela empreendem. Assim, a mudança comportamental é geralmente utilizada como evidência para produzir mudança cognitiva.

As técnicas comportamentais vão sendo incorporadas durante todo o transcurso do tratamento, mas normalmente se concentram nos estágios iniciais da terapia. Isso é particularmente verdadeiro com pacientes mais severamente deprimidos, que ficam imóveis, passivos, incapazes de sentir prazer, socialmente retraídos e com problemas de concentração.

A seguir, breves descrições de técnicas comportamentais:

Agendando atividades. O terapeuta utiliza um calendário de atividades para auxiliar o paciente a planejar atividades hora-a-hora durante o dia. Então, o paciente faz um registro das atividades que foram, efetivamente, realizadas a cada hora. O calendário de atividades é normalmente uma das primeiras técnicas utilizadas com o paciente deprimido. Geralmente parece combater a perda de motivação, desesperança, e ruminação excessiva.

Domínio e Prazer. Uma das metas do calendário de atividades é que os pacientes tirem mais prazer um maior senso de realização numa base diária. Para que isso aconteça, o paciente avalia cada atividade concluída, quanto ao domínio e o prazer, numa escala de 1 a 10. Geralmente, essas avaliações servem para contradizer, frontalmente, as convicções do paciente de que ele não pode se divertir com nada, e que não pode mais obter um sentido de realização.

Atribuição de tarefa gradativa. A fim de auxiliar alguns pacientes a iniciar atividades para avaliar o domínio e o prazer, o terapeuta terá que dividir uma atividade em sub-tarefas, indo da parte mais simples da tarefa até a mais complexa e penosa. Esta abordagem passo-a-passo permite aos pacientes deprimidos finalmente lidar com tarefas que, originalmente, pareciam impossíveis ou esmagadoras para eles. Estas tarefas gradativas retornam aos pacientes um feedback, imediato e inequívoco, de que eles são capazes de ter sucesso.

Ensaio Cognitivo. Alguns pacientes têm dificuldade de realizar tarefas que requeiram passos sucessivos para a conclusão. Com frequência, isso acontece devido a problemas de concentração. O “Ensaio Cognitivo” se refere à técnica de pedir ao paciente para imaginar cada passo que leva à conclusão da tarefa. Este ensaio imaginário ajuda o paciente a focar sua atenção na tarefa, e também permite ao terapeuta identificar

potenciais obstáculos que podem tornar a tarefa mais difícil para um paciente em particular.

Treinamento de auto-suficiência. O terapeuta talvez tenha que ensinar alguns pacientes a assumir responsabilidade gradual em suas tarefas diárias, em de depender de outras pessoas para cuidar de todas as suas necessidades. Por exemplo, os pacientes podem começar por tomar banho, depois a arrumar suas próprias camas, limpar a casa, cozinhas suas próprias refeições, fazer compras, etc. Essa responsabilidade também inclui o ganho de controle sobre suas reações emocionais. A atribuição de tarefas gradativas, o treinamento assertivo, e a realização de experimentos podem ser utilizados como parte do treinamento de auto-suficiência.

Representação de papéis. No contexto da terapia cognitiva, a representação de papéis pode ser utilizada para se extrair pensamentos automáticos em situações interpessoais específicas; para a prática de novas respostas cognitivas em encontros sociais, que anteriormente tinham sido problemáticos para o paciente; e para ensaiar novos comportamentos a fim de funcionar mais efetivamente com outras pessoas. Uma variação, a inversão de papéis, geralmente é eficaz para orientar os pacientes num “teste de realidade”, para saber como outras pessoas provavelmente veriam o seu comportamento, e assim permitir aos pacientes que se enxerguem com olhos mais simpáticos. A representação de papéis geralmente vem acompanhada por procedimentos de modelos e treinamento.

Técnicas de Desvio. Os pacientes podem utilizar várias formas de desvio de atenção para reduzir, temporariamente, muitas formas de efeito doloroso, incluindo disforia, ansiedade e raiva. O desvio pode se dar através da atividade física, contato social, trabalho, jogos, ou imagens visuais.

Na avaliação da estratégia para a mudança, o avaliador deve se preocupar, primariamente, com o nível de adequação das técnicas particulares para os problemas apresentados pelo paciente na sessão que está sendo avaliada. Ao decidir o nível de adequação das técnicas, o avaliador deve tentar determinar se as técnicas parecem ser uma parte de uma estratégia coerente para a mudança, sendo uma sequência lógica que se segue da conceitualização do problema pelo terapeuta. Se a fundamentação para o emprego dessas técnicas não estiver clara, ou parecer falha, o avaliador deve atribuir uma pontuação baixa para o terapeuta. SE a fundamentação parece clara e apropriada, o avaliador deve atribuir uma pontuação alta. O avaliador não deve confundir a qualidade da estratégia para a mudança (que é a principal preocupação deste item) com a eficácia com que as técnicas são implementadas (avaliado no item 10), ou se a mudança realmente ocorreu (para o que não se faz necessário atribuir uma pontuação alta em qualquer item).

## 10. APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

### Objetivo e Fundamentação

Uma que o terapeuta tenha planejado uma estratégia para a mudança que incorpore as técnicas cognitivo-comportamentais mais apropriadas, ele/ela deve aplicá-las com habilidade. Mesmo a estratégia mais promissora falhará se executada de forma precária.

### Background Material

a. Terapia cognitiva e os Transtornos Emocionais, pp. 221-225, 229-232, 250-254, 282-299.

b. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 27-32, 67-72, 104-271, 296.

### Aplicação Desejável de Técnicas

É extremamente difícil especificar como saber se uma técnica está sendo aplicada com perícia ou não. É claro que a avaliação deste item requer bastante experiência e discernimento clínico. Pode-se delinear alguns critérios gerais. O terapeuta deve aplicar as técnicas de maneira fluída, evitando se atrapalhar e parecer não ter familiaridade com elas. As técnicas devem ser apresentadas articuladamente, numa linguagem que o paciente possa entender facilmente. As técnicas devem ser aplicadas sistematicamente, de modo que normalmente contendam um começo (introdução, enunciado do problema, fundamentação), um meio (discussão das soluções ou mudanças possíveis), e um final (resumo das conclusões, atribuição de tarefa de casa relevante). O terapeuta deve ter sensibilidade para perceber se o paciente está realmente envolvido no processo de mudança, ou meramente “seguindo os movimentos” por conformidade. O terapeuta deve ser criativo na apresentação de idéias para o paciente de um jeito que o paciente possa começar a se sobrepor às opiniões conflitantes do terapeuta. O terapeuta precisa antecipar problemas que o paciente possa ter para mudar de perspectiva ou comportamentos fora da sessão. Finalmente, o terapeuta deve colaborar com o paciente, em vez de debater com ele/ela, interrogá-lo(a), ou pressioná-lo(a) fortemente.

### Example of a Desirable Application

In the abbreviated example below, the therapist sets up an experiment to test the automatic thought, "I can't concentrate on anything anymore."

### Exemplo de uma Aplicação Desejável

No exemplo resumido a seguir, o terapeuta projeta um experimento para testar o pensamento automático, “Não posso mais me concentrar em nada”

Paciente: Não posso mais me concentrar em nada

Terapeuta: Como você pode provar isso?

Paciente: Acho que posso tentar lendo algo.

Terapeuta: Aqui está um jornal. Quais sessões você lê geralmente?

Paciente: Eu antes gostava da sessão de esportes.

Terapeuta: Aqui está uma seção sobre o jogo de basquete do time *Penn Basketball* na noite passada. Quanto tempo você acha que levará para se concentrar nisso?

Paciente: Duvido que consiga terminar o primeiro parágrafo.



Terapeuta: Vamos anotar a sua previsão. (paciente escreve “um parágrafo) Agora façamos a prova. Continue lendo até que não consiga se concentrar mais. Isso nos dará uma informação valiosa.

Paciente: (Le a Seção inteira) Terminei.

Terapeuta: Até onde você foi?

Paciente: Eu terminei tudo.

Terapeuta: Vamos anotar os resultados do experimento. (Paciente escreve “oito parágrafos”) Você disse antes que não podia se concentrar em nada. Você ainda acredita nisso?

Paciente: Bem, minha concentração não está tão boa quanto era antes.

Terapeuta: É provável que isso seja verdade. No entanto, você conservou alguma habilidade. Agora vejamos se podemos melhorar a sua concentração.

É importante que o terapeuta permaneça neutro com relação à previsão inicial do paciente, não assumindo automaticamente que a convicção do paciente era imprecisa ou distorcida. Em alguns casos, o paciente estará correto.

Quando avaliar o grau de habilidade com que o terapeuta aplicou as técnicas cognitivo-comportamentais, o avaliador deve tentar ignorar se as técnicas são apropriadas para o problema do paciente (pois isso é avaliado no item 9), e também se as técnicas parecem estar funcionando. Às vezes, um terapeuta pode estar aplicando as técnicas com grande perícia, e, mesmo assim, um paciente em particular pode ser extremamente rígido ou irredutível, e não querer responder. Nesses casos, a flexibilidade, astúcia e a paciência do terapeuta podem justificar uma pontuação alta neste item, mesmo que o paciente não apresente mudança.

Igualmente, é necessário salientar que este item se refere à aplicação de técnicas que visam modificar pensamentos, pressupostos, e comportamentos (conforme delineado no item 9), e não às técnicas destinadas, primariamente, à extrair cognições (pois as técnicas de “extração” são avaliadas no item 8).

## **11. TAREFA DE CASA**

### Objetivo

O terapeuta passa uma tarefa de casa “sob medida” para auxiliar o paciente a testar hipóteses, incorporar novas perspectivas, ou experimentar um comportamento novo fora da sessão de terapia. O terapeuta também deve revisar a tarefa da sessão anterior, explicar a fundamentação para os novos trabalhos, e extrair a reação do paciente à tarefa de casa.

### Material de Referência

a. Terapia Cognitiva de Depressão, pp. 272-294.

#### Fundamentação

A conclusão sistemática da tarefa de casa é de crucial importância na terapia cognitiva. A menos que os pacientes apliquem os conceitos aprendidos nas sessões de terapia em suas vidas externas, não haverá progresso. Por isso, a tarefa de casa promove a transferência de aprendizado. Também possibilita uma estrutura para auxiliar os pacientes a coletar dados e testar hipóteses, e com isso modificando cognições mal-

adaptadas para torná-las mais consistentes com a realidade. Desta forma, a tarefa de casa estimula os pacientes a concretizarem os conceitos e percepções abstratos que, tradicionalmente, pertenceram à esfera da psicoterapia, fazendo da psicoterapia um processo mais ativo e envolvente. Finalmente, a tarefa de casa estimula o autocontrole, em vez da dependência do terapeuta, e, por isso, é importante para garantir que o progresso será mantido após a conclusão do tratamento.

### Estratégias Terapêuticas Desejáveis

#### Fornecendo a Fundamentação

O terapeuta deve reforçar a importância da tarefa de casa para o tratamento. Isso pode ser feito explicando-se os benefícios a serem obtidos de cada trabalho detalhadamente, e, periodicamente, lembrando aos pacientes de que esses benefícios serão vitais para ajudá-los a progredir.

Atribuindo Tarefa de Casa. O terapeuta elabora a tarefa, individualmente, para cada paciente. De maneira ideal, isso deve ser uma sequência lógica, a partir da discussão dos problemas durante a sessão. O trabalho deve ser claro e muito específico, devendo ser escrito em duplicata (uma cópia para o paciente e uma cópia para o terapeuta), normalmente próximo ao final da sessão. Algumas tarefas características incluem pedir ao paciente para:

- a. Manter um registro diário de Pensamentos Disfuncionais, com respostas racionais;
- b. Agendar atividades;
- c. Avaliar o domínio e o prazer;
- d. Revisar uma lista dos principais pontos feita durante a sessão;
- e. Ler um livro ou seção relevante ao problema do paciente;
- f. Contar pensamentos automáticos, usando um cronômetro de pulso;
- g. Escutar ou ouvir uma fita da sessão de terapia;
- h. Escrever um esboço autobiográfico;
- i. Preencher questionários como a Escala de Atitude Disfuncional ou Balanço de Depressão;
- j. Fazer um gráfico ou quadro, hora-a-hora, das variações de humor como ansiedade, tristeza ou raiva;
- k. Praticar técnicas de enfrentamento como distração ou relaxamento; e
- l. Experimentar novos comportamentos com os quais o paciente possa ter dificuldade (ex. afirmação, encontrar com estranhos)

#### Extraindo Reações e Possíveis Dificuldades

Normalmente é desejável para o terapeuta perguntar aos pacientes sobre suas reações às tarefas recebidas (“Isso lhe parece útil?”, “Isso lhe parece viável”? “A tarefa ficou clara?”). Geralmente é útil que o terapeuta sugira que o paciente visualize a realização a tarefa para identificar quaisquer obstáculos que possam surgir. Finalmente, à medida que a terapia avança, o paciente deve desempenhar um papel crescente, participando da sugestão e elaboração das tarefas de casa.

#### Revisando a Tarefa de Casa Anterior

A menos que o terapeuta revise, de forma rotineira, a tarefa de casa passada na semana anterior, o paciente pode vir a acreditar que não é necessário concluir as tarefas cuidadosamente. Próximo ao início de cada sessão, o terapeuta e o paciente devem discutir cada tarefa, e o terapeuta deve resumir as conclusões que daí derivem, ou o progresso alcançado.

## **Anexo D: Orientações de Resenhas de Casos**

### **I. Histórico de Caso (Sugerido # de palavras: 750)**

*Instruções Gerais:* O histórico de caso deve resumir as informações básicas mais importantes que você tenha coletado na avaliação deste paciente para tratamento. Seja sucinto na descrição do histórico de caso.

#### **A Identificando a Informação**

Utilize um nome fictício para proteger a confidencialidade do paciente. Use este nome fictício em todo o Histórico de Caso e Formulação. Descreva a idade, gênero, etnicidade, estado civil, situação de vida, e ocupação.

#### **B Queixa Principal**

Tome nota da queixa principal com as próprias palavras do paciente.

#### **C Histórico de doença Atual**

Descreva a doença atual, incluindo sintomas emocionais, cognitivos, comportamentais e psicológicos. Anote os estresses ambientais. Revise brevemente as tentativas de tratamentos (se houver) que foram ministrados para a doença atual.

#### **D Histórico Psiquiátrico Passado**

Faça um resumo breve do histórico psiquiátrico passado, inclusive abuso de substância.

#### **E Histórico Pessoal e Social**

Faça um breve resumo das características mais marcantes do histórico pessoal e social. Inclua observações sobre as experiências formativas, traumas (se houver), estrutura de apoio, interesses, e uso de substâncias.

#### **F Histórico Médico**

Anote quaisquer problemas médicos (ex. distúrbios endócrinos, doença coronária, câncer, doenças crônicas, dor crônica) que possam influenciar o funcionamento psicológico ou o processo de tratamento.

#### **G Observações sobre o Estado Mental**

Faça uma lista de 3-5 das características mais marcantes do exame do estado mental no momento em que o tratamento começou. Inclua observações gerais sobre a aparência e humor. Não é necessário descrever o exame de estado mental inteiro.

#### **H Diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV**

Forneça cinco Eixos Diagnósticos do DSM IV

### **II. formulação de Caso (Sugerido # de palavras: 500)**

*Instruções Gerais:* descreva as características primárias da sua formulação de caso, utilizando o seguinte esquema:

## **A. Desencadeantes:**

Desencadeantes são eventos de grande escala que podem desempenhar um papel significativo no desencadeamento de um episódio de doença. Um exemplo típico é um episódio depressivo desencadeado por múltiplos eventos, inclusive não ter conseguido uma promoção no trabalho, morte de um amigo próximo, e estresse conjugal. Em alguns casos (ex. transtorno bipolar, depressão recorrente com fortes traços biológicos) pode não haver nenhum gatilho psicossocial evidente. Se nenhum desencadeante psicossocial for identificado, anote quaisquer outras características do histórico do paciente que possam ajudar a esclarecer o acometimento da doença.

O termo *situações ativadoras*, utilizado na próxima parte da Formulação de Caso, se refere a eventos e situações de menor escala que estimulam os estados-de-espírito negativos ou surtos mal-adaptados de cognições e comportamentos. Por exemplo, a paciente que se encontra deprimida, na sequência dos eventos desencadeantes acima mencionados, pode sentir uma piora do seu estado de depressão quando estiver no trabalho, ou quando estiver com seu marido, ou, ainda, quando estiver assistindo a uma aula que costumava assistir com sua(seu) amigo(a) que morreu.

Segundo a sua hipótese, quais os *desencadeantes* desempenharam um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas e problemas do paciente.

## **B. Vista transversal das cognições e comportamentos correntes:**

A vista transversal da formulação de caso inclui observações das cognições, emoções e comportamentos predominantes (e reações fisiológicas, se relevantes) que o paciente demonstra no “aqui e agora” (ou demonstrava antes de apresentar ganhos substantivos na terapia). Normalmente, a vista transversal concentra-se mais nas cognições superficiais (ex. pensamentos automáticos), que foram identificadas no início da terapia, do que nos esquemas subjacentes, convicções fundamentais, ou pressupostos, que são a peça central da visão longitudinal descrita a seguir.

A visão transversal deve fornecer a sua conceitualização de como o modelo cognitivo foi aplicado para este paciente no início do tratamento. Liste até três situações ativadoras atuais ou lembranças de situações ativadoras. Descreva os pensamentos automáticos, emoções, e comportamentos, típicos do paciente (e reações fisiológicas, se relevantes) nessas situações.

## **C. Visão Longitudinal das cognições e comportamentos:**

Esta porção da conceitualização de caso concentra-se numa perspectiva longitudinal do funcionamento cognitivo e comportamental do paciente. O plano longitudinal se desenvolve, completamente, à medida que a terapia avança e o terapeuta desvenda esquemas subjacentes (convicções fundamentais, regras, pressupostos) e padrões duradouros de comportamento (estratégias compensatórias).

Quais são os esquemas-chave do paciente (convicções fundamentais, regras, ou pressupostos) e as estratégias comportamentais compensatórias? Para pacientes cujo histórico pré-mórbido não era significativo (ex. um paciente bipolar com nenhum histórico de questões de desenvolvimento que tiveram influência na geração de pressupostos ou esquemas mal-adaptados) indique a(s) principal(is) convicção(ões) e padrões de comportamento disfuncionais presentes apenas durante o episódio atual.

Relate os antecedentes de desenvolvimento relevantes à origem ou manutenção dos esquemas e estratégias comportamentais do paciente, ou respalde sua hipótese de que o histórico de desenvolvimento do paciente não é relevante ao transtorno atual.

#### **D. Pontos Fortes e Ativos**

Descreva em poucas palavras os pontos fortes e os ativos do paciente (ex. saúde física, inteligência, habilidades sociais, rede de apoio, histórico profissional, etc.).

#### **E. Hipótese de Trabalho (resumo de conceitualização)**

Resuma brevemente as principais características da Hipótese de Trabalho que orientou as suas intervenções de tratamento. Vincule a sua Hipótese de Trabalho ao modelo cognitivo para o(s) transtorno(s) do paciente.

### **III. Plano de Tratamento (Sugerido # de palavras: 250)**

*Instruções Gerais:* Descreva as características primárias do seu plano de tratamento, utilizando o seguinte esquema.

#### **A. Lista de Problemas**

Faça uma lista de quaisquer problemas significativos que você e o paciente tenham identificado. Normalmente, são identificados problemas em várias domínios. (ex. Sintomas psicológicos/psiquiátricos, interpessoal, ocupacional, médico, financeiro, moradia, legal, e lazer.). As listas de problemas têm geralmente de 2 a 6 itens, às vezes chegando até 8 ou 9 itens. Descreva brevemente os problemas com poucas palavras, ou, se previamente descrito no Histórico de Doenças, apenas escreva o nome do problema aqui.

#### **B. Metas do Tratamento**

Indique as metas do tratamento que foram desenvolvidas em colaboração com o paciente.

#### **C. Plano de Tratamento**

Entrelaçando essas metas, o histórico de caso e sua Hipótese de Trabalho, indique sucintamente o seu plano de tratamento para este paciente.

### **IV. Decurso do Tratamento (Sugerido # de palavras: 500)**

*Instruções Gerais:* Descreva as características primárias do decurso de tratamento, utilizando o seguinte esquema.

#### **A. Relacionamento Terapêutico**

Forneça detalhes da natureza e da qualidade do relacionamento terapêutico, problemas que você tenha encontrado, como você conceitualizou esses problemas, e como os resolveu.

#### **B. Intervenções/Procedimentos**

Descreva três importantes intervenções de terapia cognitiva que você tenha utilizado, fornecendo uma fundamentação que ligue essas intervenções às metas de tratamento do paciente e a sua Hipótese de Trabalho.

### **C. Obstáculos**

Apresente um exemplo de solução que você tenha encontrado para um obstáculo à terapia. Descreva a sua conceitualização da causa do surgimento do obstáculo, e anote o que você fez sobre isso. Se você não encontrou nenhum obstáculo significativo nesta terapia, descreva um exemplo de como você conseguiu aproveitar os pontos fortes do paciente no processo de tratamento.

### **D. Resultado**

Escreva um breve relato sobre o resultado da terapia. Se não foi concluído, descreva o progresso até esta data.

## **Anexo E: Modelo de Resenha de Caso**

### **I. HISTÓRICO DE CASO [contagem real de palavras: 774] (sugerido # de palavras: 750)**

**A. Identificando Informação:** Ann tem 44 anos, duas vezes divorciada, caucasiana, sem filhos, mora sozinha, e trabalhou em tempo integral como professora de espanhol nos últimos 22 anos.

**B. Queixa Principal:** Ann procurou tratamento devido a uma escalada da sua depressão, que começou em outubro de 1996. Também relatou que tinha compulsão alimentar, e usava e abusava de laxantes em excesso, pelo menos uma vez por semana, embora estivesse muito mais preocupada com a depressão do que com o problema comida/laxante.

**C. Histórico de Doença Atual:** Em outubro de 1996 Ann se divorciou de seu segundo marido, começando a desenvolver sintomas depressivos (tristeza, choro, isolamento social, severa autocrítica). A depressão piorou, atingindo um nível grave em março de 1997. Na sua chegada (maio de 1997), seus sintomas eram os seguintes:

- sintomas emocionais: tristeza, ansiedade, falta de interesse em quase tudo.
- sintomas cognitivos: dificuldade de concentração, convicção de não tinha valor e não merecia ser amada.
- sintomas comportamentais: choro, isolamento social
- sintomas fisiológicos: dificuldade de pegar no sono, cansaço

Ela desenvolveu sintomas sub-clínicos de bulimia nervosa em abril de 1997. Na chegada, ela relatou compulsou por bebida/comida, perdeu o controle deste comportamento, e consumiu laxantes em excesso, mais ou menos, uma vez por semana; Ela estava (e está) periodicamente preocupada com uma percepção errônea de que é gorda, e tem uma enorme autocrítica.

Os maiores fatores de estresse na vida de Ann são sociais. Desde o seu divórcio, ela se afastou dos amigos, família, e colegas de trabalho. Ele teve vários encontros amorosos desde o seu divórcio, mas cada encontro foi “transa de uma noite”, o que a faz sentir-se rejeitada e imperfeita. Ela costumava ter uma satisfação significativa com os relacionamentos, mas se isolou, e agora se sente triste, só, e rejeitada pelos outros. Apesar de achar mais difícil realizar o seu serviço, o trabalho não parece ser um fator significativo de estresse.

Ann começou a tomar Prozac cerca de 2 semanas atrás (receitado pelo médico de sua família) mas até agora não vê nenhuma mudança nos seus sintomas depressivos.

**D. Histórico Psiquiátrico:** O primeiro episódio importante de depressão ocorreu em 1977, quando se divorciou de seu primeiro marido. Ela foi hospitalizada por três semanas, e lhe foi ministrado Elavil. Ela descontinuou a medicação (contra recomendação médica) quando teve alta, mas iniciou tratamento psicológico (terapia cognitiva) pela primeira vez. Sua depressão diminuiu após quatro meses dessa

psicoterapia ambulatorial, embora ela tenha continuado com a terapia numa base quinzenal por mais um ano, trabalhando com as questões do Eixo II.

Em 1989, Ann e seu Segundo marido receberam cerca de 6 sessões de (predominantemente psicodinâmica) orientação conjugal, a qual ela achou um “auxílio moderado”. Em outubro de 1996, o seu médico de família lhe receitou Prozac, o qual, inicialmente, ajudou a reduzir os seus sintomas depressivos. A depressão piorou em dezembro de 1997, e ela descontinuou a medicação por conta própria.

**E. Histórico Pessoal e Social:** Dos três filhos, Ann era a filha do meio. Seus pais eram imigrantes italianos, e sua mãe não falava inglês. Ann se achava o “patinho feio” da família. Sua irmã mais velha era considerada magra e bonita, enquanto Ann era chamada de “rechonchuda” e “narigão”. Ela se sentia um peso extra para sua família, pois eles queriam muito um menino quando ela nasceu. Seu irmão mais novo nasceu 18 meses depois, e recebeu praticamente toda a atenção da família. Ela descreve seu pai como rígido, controlador, exigente, e muito preocupado com o que os outros pensavam dele. Ela descreve sua como calada, infeliz, não afetiva, e ultrapassada. Não se sentia amada, e achava que não estava à altura de seus irmãos.

Ann estudou numa escola católica, onde ela relata ter sido treinada para ser “o soldado perfeito”. Ela se casou pela primeira vez aos 18 anos. Ela relata ter sido mal tratada e controlada pelo primeiro marido, que era violento às vezes. Ela acreditava merecer os maus tratos e se submetia à raiva dele. Quando finalmente reuniu coragem para largar o casamento, não teve aprovação de sua família e, até hoje, se sente magoada pela falta do apoio deles.

Ela se casou de novo em 1989. Seu segundo marido, supostamente, passava muito tempo com homens jovens, e Ann suspeitava que ele fosse bissexual. Ele parou de ter quaisquer relações sexuais com ela cerca de três anos após o casamento deles. Embora eles tenham tentado terapia de casal por um curto período, o seu marido não estava disposto a se trabalhar para modificar a situação, e eles se divorciaram em outubro de 1996.

**F. Histórico Médico:** Ann não tinha nenhum problema médico que tenha influenciado o seu funcionamento psicológico ou o processo de tratamento

**G. Verificação de Estado mental:** Paciente tem plena orientação, com humor deprimido.

#### **H. Diagnósticos do DSM IV**

Eixo I: Episódio Depressivo Importante, Recorrente, Severo

Descartar Bulimia Nervosa

Eixo II: Transtorno de Personalidade Esquiva

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Divórcio, Fracasso Múltiplos de Relacionamentos

Eixo V: GAF(Avaliação Global) corrente – 68. Melhor no Ano Passado – 80.



## **II. FORMULAÇÃO DE CASO: [contagem real de palavras: 403] (sugerido # de palavras: 500)**

**A. Desencadeantes:** O Segundo divórcio de Ann provavelmente precipitou uma recorrência da depressão. Embora tivesse sido ela a ter iniciado o processo de divórcio, mesmo assim se sentiu rejeitada, achando que se fosse mais amável, o seu marido teria lutado para salvar o relacionamento. Sentido-se, não apenas não amada e não amável para o seu marido, mas também não amável em geral, ela começou a se isolar. Ela já não estava mais recebendo retorno muito positivo dos seus amigos, família, e colegas de trabalho, devido a sua falta de contato com eles – mas, assim como o divórcio, ela percebeu esta diminuição de contato, por ela própria iniciada, como se eles a estivessem rejeitando, em vez de ela estar se afastando deles. Ela ficou cada vez mais triste e só, e outros sintomas depressivos começaram a aparecer.

### **B. Visão Transversal das Cognições e Comportamentos Correntes:**

Uma situação problemática e típica atual é que Ann acabou de ter relação sexual em seu primeiro encontro com um homem. Deitada na cama com ele, ele tem pensamentos automáticos, “sou tão feia, o que ele vê em mim, ele nunca vai ligar, eu poderia muito bem levantar, e ir embora agora”. Ela se sente emocionalmente triste, e o seu comportamento é sair bruscamente (provavelmente ia parecer antipática para o seu parceiro, na melhor das hipóteses). Outra situação típica é que ele fica se perguntando porque um homem não lhe ligou após um encontro. Seus pensamentos automáticos são, “sou muito gorda”. Ninguém me quer”. Então, ele se sente triste, cai na compulsão alimentar, e toma laxantes. Uma terceira situação é ir a um jantar em família, onde ela se sente criticada pelo pai e falta de afeto da mãe. Ela pensa, “Ninguém se importa comigo; tem alguma coisa errada comigo, sou insignificante.” Ele se sente triste, ficando monossilábica, e só falando quando falam com ela.

### **C. Visão Longitudinal de Cognições e Comportamentos:**

Ann cresceu com pais imigrantes italianos, e que não falavam inglês: um pai exigente e crítico e uma mãe emocionalmente distante. Desde cedo, ela desenvolveu a convicção de que era imperfeita e não amável, convicções estas que eram reforçadas pela acúmulo de atenção que se dava ao seu irmão mais novo, pela crescente expectativa acadêmica que seu pai tinha, pelas críticas de seus professores, e por se comparar com sua irmã mais velha e mais atraente. Ela começou a desenvolver o seguinte pressuposto-chave: “Se eu for perfeita, não causar problemas, e sempre tentar agradar os outros, eles vão gostar de mim. Se eu não fizer isso, eles vão me achar uma pessoa não amável.” As suas estratégias comportamentais compensatórias incluíam excesso de conformismo, submissão, comportamento “perfeito” e evitando conflito.

### **D. Pontos Fortes e os Ativos**

Ann teve muitos anos de sucesso na sua vida profissional. Em seu papel de professora, ela é extremamente querida pelos seus alunos, e recebe muitos elogios dos seus pares.

### **E. Hipótese de Trabalho (resumo de Conceitualização)**

É compreensível que Ann tenha chegado a se perceber como não amável e imperfeita, resultado das circunstâncias da sua infância. Sendo filha de pais europeus, extremamente exigentes e críticos, uma rígida educação provinciana, e seus casamentos abusivos, fatores que criaram os alicerces, e depois reforçaram a ideia negativa que tem de si mesma. Esta visão negativa de si mesma, normalmente, é ativada em situações interpessoais, quando ela percebe alguma rejeição.

Para que possa funcionar dentro do seu mundo, ela estabeleceu rígidos pressupostos para si mesma: “Eu devo ser perfeita, se não, as pessoas vão me rejeitar, “Eu devo agradar os outros, se não, eles não vão gostar de mim”. A fim de operacionalizar os seus pressupostos, ela desenvolveu as seguintes estratégias comportamentais compensatórias: submissão, evasão, aceitação.

### **III. PLANO DE TRATAMENTO [contagem atual de palavras: 195] (sugerido # de palavras: 250)**

#### **A. Lista de problemas**

1. “Ann se criticando” – odiando a si mesma (feia e não amável)
2. Depressão; principalmente solidão, tristeza, choro
3. Evasão e isolamento: querendo ser amada, mas temendo a rejeição.
4. Ansiedade: temendo sérias conseqüências da depressão implacável
5. Compulsão alimentar e excesso de laxantes
6. Mágoa em relação aos seus pais por falta de afeto e amor.

#### **B. Metas do Tratamento:**

1. Reduzir comportamentos disfuncionais:
  - Crítica verbal severa de si mesma
  - Compulsão alimentar e expurgo
  - Isolamento
3. Reduzir pensamentos distorcidos negativos
4. Valorizar-se mais, e melhorar a sua auto-imagem. (Modificar a os esquemas de ‘não-amabilidade’ e ‘não-boa o bastante’ (imperfeita)).
5. Descobrir novas maneiras de se divertir
6. Adquirir confiança para sair sozinha, e assumir riscos, novamente, na busca de intimidade
7. Desenvolver capacidades de assertividade, reduzindo a submissão.

**C. Plano de Tratamento:** O plano de tratamento era reduzir a depressão de Ann, ajudando-a a responder aos seus pensamentos automáticos (principalmente aqueles ligados com a não-amabilidade), e através do agendamento de atividades (principalmente aumentando a socialização). Também trabalhamos na busca de comportamentos alternativos à compulsão alimentar quando ela ficava nervosa. A seguir, testamos os seus pressupostos sobre ser rejeitada quando desagradasse alguém, e depois trabalhamos sobre as capacidades de assertividade. Estamos agora trabalhando

ao nível da convicção, modificando sua visão de si mesma, como não-amável e imperfeita.

#### **IV. TRANSCURSO DO TRATAMENTO [contagem real de palavras: 300] (sugerido # de palavras: 500)**

**A. Relacionamento Terapêutico:** o tratamento foi facilitado pela ânsia de Ann em agradar (“se eu agradar os outros, eles vão gostar de mim”), mas, o contraponto a esse pressuposto (“se eu discordar das pessoas, elas não vão [gostar de mim]”), na verdade, teve uma leve interferência. Na se mostrava ansiosa demais para agradar na terapia; ele rapidamente concordava comigo, às vezes sem realmente parar para refletir sobre as hipóteses ou alternativas de perspectivas que eu lhe apresentasse. Eu consegui extrair dela uma outra convicção (“se eu disser para os outros que eu discordo, eles logo tomarão como crítica”), ajudei-a a testar essas convicções comigo, corrigindo o seu raciocínio, e então ela ficou mais disposta a me dizer em que momento ela não entendeu ou não concordou totalmente com o aquilo que eu tinha dito.

#### **B. Intervenções/Procedimentos:**

1. Ensinando a paciente as ferramentas cognitivas padrões de examinar e responder aos seus pensamentos automáticos (o que lhe permitiu ver sua lógica disfuncional distorcida, e, assim, reduzindo, significativamente, sintomas de depressão e ansiedade.)
2. Orientando a paciente a fazer experimentos comportamentais para testar os seus pressupostos (ex. se eu disser não para um homem sobre ter relação sexual num primeiro encontro, ele ficará furioso e nunca mais vai me ligar). O resultado disso foi uma redução na evasão, e um aumento na assertividade.
3. Fazendo com que a paciente mantivesse um registro contínuo das evidências de que era uma pessoa amável, o que a ajudou a modificar uma convicção fundamental.

**C. Obstáculos:** Quando Ann teve uma péssima semana, ela perdeu a esperança na terapia. Nós reformulamos esse seu retrocesso como sendo uma reativação do seu esquema devido a um infeliz incidente com um namorado, bem como uma oportunidade de praticar a resposta aos seus pensamentos automáticos negativos, solidificando uma nova e mais saudável convicção.

**D. Resultados:** Após termos iniciado a terapia, houve uma redução gradual da depressão de Ann, por um período de quatro meses, até que houvesse uma plena remissão. Ele continua em terapia para trabalhar os problemas, que ainda persistem, com relação aos seus relacionamentos masculinos e a sua auto-imagem

## **Anexo F: Escala de Resenha de Caso**

### Escala de Resenha de Caso

Candidato: \_\_\_\_\_ Identificação de Caso:

Avaliador: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

Instruções: Por favor, revise a informação fornecida sobre o caso, e então faça a sua avaliação, utilizando as seguintes dimensões. Para cada item, forneça uma avaliação de:

- (0) - Não presente
- (1) - Presente mas inadequado
- (2) - Presente e adequado

### Histórico de Caso

(0)(1)(2) 1. Identificando a informação e Lista de Problemas (queixa principal, diagnósticos, etc.)

(0)(1)(2) 2. Histórico (pessoal e social, problemas, diagnósticos, médico)

### Formulação de Caso

(0)(1)(2) 1. Desencadeantes dos Transtornos ou problemas atuais

(0)(1)(2) 2. Cognitiones e comportamentos atuais que contribuem para os transtornos ou problemas

(0)(1)(2) 3. Visão histórica das cognitiones e comportamentos (considerações de desenvolvimento)

(0)(1)(2) 4. Revisão dos pontos fortes e dos ativos atuais

(0)(1)(2) 5. hipótese de trabalho (resumo de conceitualização de caso cognitivo)

### Plano e Transcurso do Tratamento

(0)(1)(2) 1. Metas do tratamento e plano de tratamento

(0)(1)(2) 2. Intervenções/Procedimentos planejados e utilizados

(0)(1)(2) 3. Relacionamento Terapêutico

(0)(1)(2) 4. Obstáculos ao plano de tratamento

(0)(1)(2) 5. Resultados

### Comentários:

\_\_\_\_\_

### Para uso administrativo:

\_Pontuação Total [ ] Aprovado(a) [ ] Reprovado(a) (Pontuação para aprovação = 20/24)