



**Guia de Solicitação: Parte
II**

Atualizado em julho de 2014

Lista de Verificação de Solicitação da ACT – Parte II

Opcional: preencha o formulário do programa de mentores da ACT para indicar se você gostaria que ACT conectasse você a um mentor para ajuda no preenchimento da Parte II (ver Perguntas Frequentes do Programa de Mentores, p. 3) *Se você tiver interesse em se conectar a um Mentor da ACT, preencha e reenvie este formulário à sede da ACT o mais breve possível.*

Providencie e envie junto:

- Amostra de Áudio
- Descrição do Caso
- Declaração de Verificação e Pagamento

Marque a Amostra de Áudio e a Descrição do Caso apenas com as suas iniciais. Não inclua o seu nome, os nomes do(a) seu(ua) cliente ou qualquer outros identificadores pessoais.

Passos para produzir uma amostra de áudio

Determine o método de gravação e envio da amostra (veja Perguntas Frequentes – Gravação de Áudio, p. 4)

Escolha e obtenha o consentimento do(a) paciente (veja Formulário de Consentimento de Amostra)

Grave uma sessão com o(a) seu(sua) paciente.

As gravações:

- Não devem ser ensaiadas, devendo ser improvisadas e não editadas, a partir de um caso de terapia que você conduziu;
- Ter entre 45 e 55 minutos de duração (após 55 minutos, os analisadores irão parar de escutar)
- Devem incluir as sessões 3 a 12 (as gravações não devem ser de uma primeira sessão ou da sessão de encerramento)
- Devem ser identificadas com etiqueta contendo o número da sessão, o(s) diagnóstico(s) do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) IV ou V e as **suas próprias** iniciais.

Outras exigências:

- O(a) cliente deve ter pelo menos 16 anos de idade.
- A gravação de áudio poder ser do mesmo caso ou de um caso diferente da Descrição do Caso
- Se sua sessão não for em inglês, espanhol, português, turco, mandarim, russo, cantonês, japonês ou árabe, você deve enviar (2) cópias da gravação original junto com (2) cópias de uma transcrição da gravação em inglês. Faça o upload das sessões gravadas no computador e/ou grave em um CD (veja Perguntas e Respostas abaixo).

Passos para elaborar uma descrição de caso

Escreva uma descrição do caso (ver Apêndice A e B para orientações detalhadas e amostra). Inclua partes para abordar o histórico do caso (750 palavras), formulação do caso (500 palavras), plano de tratamento e curso do tratamento (750 palavras).

Envie duas (2) cópias da sua descrição de caso à ACT, com a sua amostra de

áudio e o seu pagamento.

Envio da Declaração de Verificação e Pagamento, Amostra de Áudio e Descrição do Caso

A ACT recomenda que você envie os materiais da Parte II por meio de upload digital, pois a ACT não se responsabiliza por pacotes perdidos. Se necessário, envie um formulário de pagamento preenchido e duas cópias da sua amostra de áudio e descrição do caso para:

Academy of Cognitive Therapy

**245 N. 15th Street, MS 403
#17302 New College Bldg.
Philadelphia, PA 19102 USA**

Guia de Solicitação: Parte II – Passos Seguintes

Quando a ACT receber os seus materiais da Parte II, a sede enviará a você uma notificação de recebimento. O processo de análise de materiais escritos e áudios gravados é de aproximadamente 6 a 8 semanas. Após a análise dos materiais, a sede da ACT notificará os solicitantes por escrito sobre a decisão.

Os áudios e materiais escritos que você enviou não serão devolvidos a você, mas permanecerão propriedade da ACT e armazenados com segurança até que tenha sido tomada uma decisão sobre a sua solicitação, após a qual esses materiais poderão ser utilizados anonimamente pela ACT para propósitos psicométricos, a menos que a permissão para isso seja expressamente negada.

Se sua solicitação for aceita:

Você será solicitado a enviar um pedido de informações e um formulário de lista de verificação de especialidades. Esses formulários são exigidos para:

- Fornecer informações atualizadas e precisas para a sua inclusão na base de dados online de terapeutas certificados da ACT;
- Informar os consumidores sobre as suas áreas de especialização;
- Assegurar o formato de nome e credenciais apropriados em seu certificado;
- Assegurar que o registro no programa Listserv da ACT use o seu endereço de email correto.

Após o recebimento do seu pedido de informações e dos formulários de lista de verificação de especialidades, a ACT publicará online as suas informações e registrará você no Listserv da ACT.

Os certificados levam de um (1) a dois (2) meses para serem concluídos, pois são elaborados por um calígrafo local.

Se sua solicitação for rejeitada:

Você pode enviar materiais diferentes para uma segunda avaliação, no prazo de dois anos a contar da decisão inicial, ou pode recorrer da decisão.

Uma descrição detalhada do processo de recurso pode ser encontrada na página 6 do Manual do Candidato. O direito de recurso é concedido a qualquer pessoa a quem tenha sido negada a certificação na ACT. Mais informações sobre o processo de recurso serão fornecidas em caso de rejeição da (re)certificação.

A ACT continua a buscar formas de melhorar o seu processo de solicitações. O seu retorno é importante para nós. A todos os solicitantes, independentemente da decisão, será pedido que preencham um formulário de avaliação de uma página, a ser usado pela ACT para garantir o processo de solicitação mais eficiente e fácil para o usuário.

Perguntas Frequentes sobre o Programa de Mentores da ACT

Qual é o propósito do Programa de Mentores da ACT?

A solicitação da Parte II pode parecer um processo assustador quando você começa. A ACT gostaria de tornar este processo o mais fácil e objetivo possível. Para isso, pedimos a Membros Certificados que se passaram pelo processo recentemente que se tornem mentores dos nossos solicitantes. Acreditamos que os membros atuais são mais aptos para ajudar a orientar os solicitantes em todas as seções específicas e responder a quaisquer perguntas ou preocupações que eles tenham.

Preciso de um mentor em todo este processo?

Você não precisa de um mentor. No entanto, você pode achar útil ter uma ou mais conversas por telefone com um mentor que tenha passado recentemente por esse processo quando você completar a Parte II.

Meu mentor será capaz de me ajudar?

- Seu mentor poderá examinar as exigências de preenchimento da solicitação e aconselhá-lo no envio dos materiais acompanhantes.
- Seu mentor poderá discutir com você cada passo do processo, incluindo:
 - Como gravar um paciente;
 - Como obter consentimento (qual é a melhor forma de abordar um paciente?);
 - Componentes diferentes da escala de classificação da terapia cognitiva (CTS).
- Os solicitantes podem ter alguma ansiedade natural com relação ao fato de serem gravados e avaliados. Pode ser útil ouvir mais sobre as experiências de outros solicitantes e como eles superaram quaisquer desafios que enfrentaram.
- Você também poderá verificar periodicamente com o seu mentor perguntas, preocupações e esclarecimentos relativos a materiais enviados.

Como posso encontrar um mentor?

Preencha o formulário do programa de mentores da ACT para indicar que você gostaria de um mentor. **Envie esse formulário o mais breve possível para a sede da ACT.** A equipe da ACT lhe encaminhará um mentor próximo de você. Contate Troy Thompson, Coordenador de Filiação, em thompson@academyofct.org ou 215.831.7838 para mais informações.

Perguntas Frequentes sobre Gravação de Áudio

Que formato devo usar para gravar uma amostra de vídeo de uma sessão de terapia cognitiva?

A ACT recomenda fortemente que você use uma amostra de áudio digital pelas seguintes razões:

- A qualidade do áudio é pelo menos 10 vezes melhor em CDs digitais (em comparação às

fitas cassette).

- As fitas cassette às vezes podem retardar o processo de certificação, pois alguns dos nossos avaliadores não estão equipados com reprodutores de cassette.
- Sessões gravadas digitalmente podem ser carregadas usando o iTunes ou outro reprodutor de mídia, ou podem ser enviadas via Citrix ShareFile, e o avaliador da ACT pode então ouvi-las em um computador.
- A ACT poderá:
 - Reproduzir novamente em velocidades maiores ou menores ou ir diretamente para qualquer ponto da sessão
 - Ir para as seções específicas (ou seja, escutar a parte da sessão que se inicia no tempo de 10 minutos e 30 segundos)

Qual gravador de áudio devo comprar?

Muitos membros usam o gravador da marca Olympus, modelo # DS30, ou o Sony ICD-P520, mas qualquer modelo que grave nos formatos MP3, WMA ou WAV também funcionará bem. Há reprodutores/gravadores de MP3 na Kmart por US\$ 20. Certifique-se de que o gravador usado tenha uma característica "gravador de voz" e que o conteúdo possa ser baixado para um computador. A maioria dos novos gravadores pode ser conectada diretamente ao computador usando uma entrada USB.

Onde devo colocar o gravador de áudio na sessão?

Os pacientes tendem a falar mais baixo do que os terapeutas, portanto, coloque o gravador de áudio o mais perto possível do(a) paciente. Incentivamos todos os solicitantes a fazerem um teste de gravação para garantir que a sua voz seja ouvida.

O que ocorre a seguir, após eu terminar de gravar a sessão?

Conecte o gravador à entrada USB do seu computador e faça o upload para o seu computador usando o iTunes ou o Windows Media Player.

Como eu envio a amostra de áudio?

Após fazer a gravação e baixar o arquivo de som para o seu computador, você pode se conectar à internet e acessar o site www.academyofct.org/upload para enviar o arquivo à ACT de forma segura.

Como sei que funcionará?

Incentivamos todos os solicitantes a escutar a suas próprias amostras de áudio antes de enviá-las. Se você escolher enviar a amostra por email, envie uma gravação de "teste" para si mesmo(a). Assim que receber este email de teste, certifique-se de que você é capaz de baixar e reproduzir as gravações.

Consentimento para Gravação de Áudio para Amostra/Formulário de Autorização

Concordo em ser gravado(a) e autorizo a Academy of Cognitive Therapy a usar gravações de áudio (ou transcrições de gravações) desta sessão de terapia cognitiva para propósitos de certificação e padronização. Esta amostra de áudio poderá ser enviada por email ou pelo correio para esse propósito. Meu nome e outros identificadores não serão usados para me identificar na gravação.

Concordo em ser gravado(a), mas não autorizo o uso desta gravação para qualquer outro propósito que não seja a certificação pela Academy of Cognitive Therapy.

Nome do(a) paciente

Assinatura do(a) paciente

Histórico do Caso, Formulação do Caso e Plano de Tratamento

I. Histórico do Caso (Número de palavras sugerido: 750)

Instruções Gerais: o histórico do caso deve resumir as informações básicas mais importantes que você coletou ao avaliar o(a) paciente para tratamento. Seja sucinto(a) ao descrever o histórico do caso.

A. Informações de identificação

Forneça um nome fictício para proteger a confidencialidade do(a) paciente. Use esse nome fictício em todo do Histórico do Caso e na Formulação. Descreva a idade, o gênero, a etnia, o estado civil, a situação de vida e a ocupação do(a) paciente.

Queixa Principal

Anote a queixa principal nas próprias palavras do(a) paciente.

Histórico da Doença Atual

Descreva a doença atual, incluindo sintomas emocionais, cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Anote os estresses ambientais. Analise resumidamente os tratamentos (se houver) que foram tentados para a doença atual.

B. Histórico Psiquiátrico Passado

Resuma o histórico psiquiátrico passado, incluindo abuso de substâncias.

Histórico Pessoal e Social

Resuma as características mais salientes do histórico pessoal e social. Inclua observações sobre experiências formativas, traumas (se houver), estrutura de apoio, interesses e uso de substâncias.

Histórico Médico

Mencione quaisquer problemas médicos (por ex., distúrbios endocrinológicos, doença cardíaca, câncer, doenças crônicas, dor crônica) que possam influenciar o funcionamento psicológico ou o processo de tratamento.

Observações da Situação Mental

Liste de 3 a 5 características mais salientes do exame de situação mental no momento em que o tratamento começou. Inclua observações sobre aparência geral e humor. Não descreva o exame de situação mental inteiro.

Diagnósticos do DSM IV ou V

Forneça cinco diagnósticos de acordo com o sistema multiaxial do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) IV ou V.

Formulação do Caso (Número de palavras sugerido: 500)

Instruções Gerais: descreva as características primordiais da sua formulação de caso usando o seguinte modelo:

A. Precipitantes

Precipitantes são eventos de grande escala que podem desempenhar um papel significativo em precipitar um episódio de doença. Um exemplo típico é um episódio depressivo precipitado por múltiplos eventos, incluindo não conseguir uma promoção no trabalho, morte de um amigo próximo e conflito conjugal. Em alguns casos (por ex., transtorno bipolar, depressão recorrente com características biológicas), pode não haver um precipitante psicossocial claro. Se não forem identificados precipitantes psicossociais, mencione quaisquer outras características do histórico do(a) paciente que possam ajudar a explicar o início da doença.

O termo *situações ativantes*, usado na parte seguinte da Formulação do Caso, refere-se a eventos de menor escala e situações que estimulam estados de ânimo negativos ou surtos não adaptativos de cognições e comportamentos não adaptativos. Por exemplo, a paciente que está deprimida após os eventos precipitantes descritos acima pode experimentar a piora no seu comportamento depressivo quando está no trabalho, quando está com seu marido ou quando assiste a uma aula à qual ela antes assistia com a amiga que faleceu.

Que *precipitantes* você supõe que tiveram um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas e problemas da paciente?.

B. Visão Transversal de cognições e comportamentos atuais

A visão *transversal* da formulação do caso inclui observações de cognições predominantes, emoções, comportamentos (e reações fisiológicas, se relevantes) que o(a) paciente demonstra no "aqui e agora" (ou demonstrou antes de apresentar ganhos expressivos na terapia). A visão transversal tipicamente foca-se mais nas cognições superficiais (ou seja, pensamentos automáticos) identificadas no início da terapia do que em esquemas subjacentes, crenças centrais ou concepções que são a peça central da visão *longitudinal* descrita abaixo.

A visão *transversal* deve oferecer a sua contextualização de como o modelo cognitivo se aplicou a este(a) paciente no início do tratamento. Liste até três situações ativantes atuais ou memórias de situações ativantes. Descreva os pensamentos automáticos, emoções e comportamentos típicos do(a) paciente (e as reações fisiológicas, se relevantes) nessas situações.

C. Visão longitudinal de cognições e comportamentos

Esta porção da conceitualização do caso é focada em uma perspectiva *longitudinal* do funcionamento cognitivo e comportamental do(a) paciente. A *visão longitudinal* se desenvolve totalmente à medida que a terapia ocorre e o(a) terapeuta revela esquemas subjacentes (crenças centrais, regras, concepções) e padrões persistentes de comportamento (estratégias compensatórias).

Quais são os esquemas-chave do(a) paciente (crenças centrais, regras ou concepções) e estratégias comportamentais compensatórias? Para pacientes cujo histórico pré-mórbido não foi significativo (por ex., paciente bipolar

sem histórico de problemas de desenvolvimento que desempenharam um papel na geração de concepções e esquemas não adaptativos), indique a(s) principal(is) crença(s) e os padrões disfuncionais de comportamento presentes apenas durante o episódio atual. Informe antecedentes de desenvolvimento relevantes para a origem ou a manutenção dos esquemas e estratégias comportamentais do(a) paciente, ou ofereça suporte para a sua hipótese de que o histórico de desenvolvimento do(a) paciente não é relevante para o transtorno/desordem atual.

D. Forças e ativos

Descreva em algumas palavras as forças e os ativos do(a) paciente (por ex., saúde física, inteligência, habilidades sociais, rede de apoio, histórico profissional etc.)

E. Hipótese de trabalho (resumo da conceitualização)

Resuma as características principais da hipótese de trabalho que norteou as suas intervenções de tratamento. Associe a sua hipótese de trabalho ao modelo cognitivo para o(s) transtorno(s) do(a) paciente.

Plano de Tratamento (Número de palavras sugerido: 250)

Instruções Gerais: descreva as características primordiais do seu tratamento usando o esquema a seguir.

A. Lista de problemas

Liste quaisquer problemas significativos que você e o(a) paciente identificaram. Geralmente, os problemas são identificados em vários domínios (por ex., sintomas psicológicos/psiquiátricos, interpessoal, ocupacional, médico, financeiro, habitacional, jurídico e lazer). As Listas de Problemas geralmente têm de 2 a 6 itens, às vezes 8 ou 9 itens. Descreva resumidamente os problemas em algumas palavras ou, se previamente descritos em detalhes no Histórico da Doença Atual (HPI), apenas indique o problema aqui.

B. Objetivos do tratamento

Indique os objetivos do tratamento que foi desenvolvido colaborativamente com o(a) paciente.

C. Plano de tratamento

Entrelaçando esses objetivos, o histórico do caso e a sua hipótese de trabalho, resuma o seu plano de tratamento para este(a) paciente.

Curso do Tratamento (Número de palavras sugerido: 500)

Instruções Gerais: descreva as características primordiais do curso do tratamento usando o esquema a seguir.

A. Relação Terapêutica

Detalhe a natureza e a qualidade da relação terapêutica, quaisquer problemas que você encontrou, como você conceitualizou esses problemas e como os resolveu.

B. Intervenções/Procedimentos

Descreva as três principais intervenções terapêuticas cognitivas que você usou, fornecendo uma fundamentação que ligue essas intervenções aos objetivos de tratamento do(a) paciente e à sua hipótese de trabalho.

C. Obstáculos

Apresente um exemplo de como você resolveu um obstáculo para a terapia. Descreva a sua conceitualização da razão pela qual o obstáculo surgiu e anote o que você fez com relação a isso. Se você não encontrou nenhum obstáculo significativo nesta terapia, descreva um exemplo de como você conseguiu tirar proveito das forças do(a) paciente no processo de tratamento.

D. Resultado

Resuma o resultado da terapia. Caso o tratamento não tenha sido concluído, descreva o progresso até o momento.

**EXEMPLO DE DESCRIÇÃO
DE CASO
2 de dezembro de 1998**

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

A. Informações de identificação: Ann é uma mulher caucasiana de 44 anos, divorciada duas vezes, sem filhos, mora sozinha e trabalha em tempo integral como professora de espanhol há 22 anos.

B. Queixa Principal: Ann procurou tratamento devido a um aumento na sua depressão que teve início em outubro de 1996. Ela relatou que também teve compulsão alimentar, consumiu excessivamente e abusou de laxantes pelo menos uma vez por semana, embora estivesse muito mais preocupada com a depressão do que com o problema alimentar/com os laxantes.

C. Histórico da Doença Atual: em outubro de 1996, Ann se divorciou do seu segundo marido e começou a desenvolver sintomas depressivos (tristeza, choro, isolamento social, autocrítica severa). A depressão piorou até que atingiu o nível severo em março de 1997. Na admissão da paciente (maio de 1997), seus sintomas incluíam os seguintes:

Sintomas emocionais: tristeza, ansiedade, falta de interesse por quase todas as atividades

Sintomas cognitivos: dificuldade de concentração, acreditando que ela não tinha valor e não era digna de ser amada.

Sintomas comportamentais: choro, isolamento social

Sintomas fisiológicos: dificuldade para adormecer, cansaço

Ela desenvolveu sintomas subclínicos de bulimia nervosa em abril de 1997. Na admissão, ela relatou que comia excessivamente, sentia-se fora de controle e usava excessivamente laxantes quase uma vez por semana; ela estava (e está) preocupada com uma percepção equivocada de que ela é gorda e é altamente crítica em relação a si mesma.

Os principais fatores de estresse na vida de Ann eram os sociais. Desde que se divorciou, ela se afastou dos amigos, familiares e colegas de trabalho. Ela teve vários encontros afetivos desde o divórcio, mas cada encontro foi uma "transa de uma só noite" que a deixou se sentindo rejeitada e imperfeita. Ela antes extraía uma significativa satisfação das relações, mas se isolou e agora se sente triste, solitária e rejeitada pelos outros. Embora ela ache mais difícil desempenhar seu trabalho, o trabalho não parece ser um fator de estresse significativo.

Ann começou a tomar Prozac há cerca de 2 semanas (prescrito pelo médico de sua família), mas até agora não sentiu mudanças em seus sintomas depressivos.

D. Histórico Psiquiátrico: o primeiro episódio depressivo maior ocorreu em 1977, quando seu primeiro marido se divorciou dela. Ela ficou hospitalizada por três semanas e tomou novamente Elavil. Continuou a medicação (contra a recomendação médica) após a alta, mas começou tratamento psicológico (terapia cognitiva) pela primeira vez. Sua depressão apresentou remissão após quatro meses de psicoterapia com a paciente subsequentemente à alta, embora ela tenha continuado em terapia a cada duas semanas por mais um ano, trabalhando nos problemas do Eixo II.

Em 1989, Ann e seu segundo marido passaram por seis sessões de terapia de casal (predominantemente psicodinâmica) que ela achou "moderadamente úteis".

Em outubro de 1996, o médico da família de Ann receitou Prozac, o que inicialmente a ajudou a reduzir seus sintomas depressivos. A depressão piorou em dezembro de 1997, e ela parou de tomar a medicação por conta própria.

- E. Histórico Pessoal e Social:** Ann é a filha do meio entre três irmãos. Seus pais eram imigrantes italianos, e sua mãe não falava inglês. Ann se considerava o "patinho feio" da família. Sua irmã mais velha era considerada magra e linda, enquanto Ann era chamada de "gordinha" e "nariguda". Ela se sentia um fardo extra para a sua família, pois quando nasceu eles desejavam muito um menino. Seu irmão mais novo nasceu 18 meses depois e recebeu praticamente toda a atenção da família. Ela descreve seu pai como rigoroso, controlador, exigente e muito preocupado com o que os outros pensavam sobre ele. Descreve sua mãe como calma, infeliz, não afetuada e antiquada. Ann se sentia não amada e incapaz de se igualar a seus irmãos.

Ela frequentou a escola católica onde relata ter sido treinada para ser "o soldado perfeito". Casou-se pela primeira vez aos 18 anos. Relata que sofreu abuso e era controlada pelo primeiro marido, que era violento às vezes. Ela acreditava que merecia o abuso e se submetia à ira do marido. Quando finalmente teve coragem de sair do casamento, não teve a aprovação da família e até hoje se ressentida da falta de apoio.

Ann casou-se novamente em 1989. Seu segundo marido supostamente passava muito tempo com homens jovens, e Ann suspeita que ele era bissexual. Ele parou de ter relações sexuais com ela cerca de três anos após o casamento. Embora eles tenham tentado terapia de casais por um curto tempo, seu marido não estava disposto a trabalhar em modificar a situação, e eles se divorciaram em outubro de 1996.

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

- G. Observações da Situação Mental:** a paciente é totalmente orientada, com comportamento depressivo.

H. Diagnósticos do DSM IV ou V

Eixo I: Episódio Depressivo Maior, Recorrente, Severo

Bulimia Nervosa Purgativa

Eixo II: Transtorno de Personalidade

Esquiva

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Divórcio, Múltiplos Relacionamentos

Fracassados

Eixo V: Avaliação Global do Funcionamento

(GAF) Atual—68. Melhor no Ano Passado —80.

II. FORMULAÇÃO DO CASO [número de palavras real: 403] (número de palavras sugerido: 500)

- A. Precipitantes:** o segundo divórcio de Ann provavelmente precipitou a recorrência da depressão. Embora tenha sido ela quem iniciou o divórcio, ela se sentiu rejeitada, acreditando que, se fosse mais digna de amor, seu marido teria lutado para salvar o relacionamento. Sentindo-se não apenas não amada e indigna de amor pelo seu marido, mas também indigna de amor em geral, ela começou a se isolar. Ela não estava mais tendo retornos positivos dos seus amigos, familiares e colegas de trabalho, devido à sua

falta de contato com eles —, mas, assim como no divórcio, ela percebia essa redução de contato autoiniciada como uma rejeição da parte deles, em vez de um afastamento provocado por ela própria. Ela foi se tornando cada vez mais triste e solitária, e outros sintomas depressivos começaram a se desenvolver.

- B. Visão Transversal de Cognitiones e Comportamentos Atuais:** uma situação problemática típica atual é que Ann recém teve relações sexuais no primeiro encontro com um homem. Deitada na cama com ele, ela tem pensamentos automáticos: "sou tão feia, o que ele vê em mim, ele nunca mais vai me ligar, eu poderia me levantar e ir embora agora". Emocionalmente, ela se sente triste, e seu comportamento é ir embora abruptamente (provavelmente parecendo, na melhor das hipóteses, hostil ao seu parceiro). Uma segunda situação típica é que ela está refletindo sobre por que um homem não ligou para ela após um encontro. Seus pensamentos automáticos são: "sou gorda demais; ninguém me quer". Ela então se sente triste, come excessivamente e toma laxantes. Uma terceira situação é ir a um jantar da família, onde ela percebe seu pai como sendo crítico em relação a ela e sua mãe como não afetiva. Ela pensa: "ninguém se importa comigo; existe algo errado comigo, não sou importante". Ela se sente triste e se torna monossilábica, falando apenas quando alguém fala com ela.
- C. Visão longitudinal de Cognitiones e Comportamentos:** Ann cresceu com pais imigrantes italianos que não falavam inglês; um pai exigente e crítico e uma mãe emocionalmente distante. Desde cedo, ela desenvolveu a crença de que era imperfeita e indigna de amor, crenças que foram reforçadas pela atenção destinada ao seu irmão mais novo, pelas expectativas acadêmicas cada vez maiores do seu pai, pelo criticismo dos seus professores e pelas autocomparações com a sua irmã mais nova e mais atraente. Ela desenvolveu a seguinte concepção básica: "se eu for perfeita, não causar problemas e tentar sempre agradar aos outros, eles irão gostar de mim. Do contrário, eles acharão que não sou digna de ser amada". Suas estratégias comportamentais compensatórias incluíam ser excessivamente complacente, submissa, "extremamente" bem-comportada e evitadora de conflitos.
- D. Forças e Ativos:** Ann teve muitos anos de sucesso em sua vida profissional. Como professora, é extremamente valorizada por seus alunos e recebe altos elogios dos seus pares.
- E. Hipótese de Trabalho (resumo da conceitualização):** é compreensível que Ann se via como indigna de amor e imperfeita como resultado das circunstâncias da sua infância. Sendo ela filha de pais europeus altamente exigentes e críticos, sua educação paroquial rigorosa e seus casamentos abusivos criaram a base e então reforçaram a sua visão negativa de si mesma. Essa visão negativa de si mesma é tipicamente ativada em situações interpessoais em que ela percebe rejeição. Para funcionar no mundo, ela estabeleceu concepções rígidas de si mesma, ou seja, "devo ser perfeita, ou as pessoas me rejeitarão", "devo agradar aos outros, ou eles não gostarão de mim". Para operacionalizar suas concepções, ela desenvolveu as seguintes estratégias compensatórias: submissão, evitação e aquiescência.

III. PLANO DE TRATAMENTO [número de palavras real: 195] (número de palavras sugerido: 250)

A. Lista de Problemas:

1. "Autoflagelação" -- odiar a si mesma (feia e indigna de amor)
2. Depressão; especialmente solidão, tristeza, choro
3. Evitação e isolamento: querendo ser amada, mas temendo rejeição
4. Ansiedade: temendo consequências sérias da depressão implacável

5. Compulsão alimentar e abuso de laxantes
6. Ressentimento em relação aos pais pela falta de afeto e amor

B. Objetivos do Tratamento:

1. Reduzir comportamentos disfuncionais: Repreender-se verbalmente
 Compulsão alimentar e purga
 Isolamento
2. Reduzir o pensamento distorcido negativo
3. Aumentar a autoestima, o autovalor e a autoimagem. (Modificar esquemas (defeituosos) de incapacidade de ser amada e de não ser boa o suficiente).
4. Encontrar formas mais saudáveis de se divertir
5. Ganhar confiança para sair sozinha e assumir riscos na busca de intimidade novamente
6. Construir habilidades de assertividade e reduzir a subjugação

C. Plano para Tratamento: o plano de tratamento era reduzir a depressão de Ann ajudando-a a responder aos seus pensamentos automáticos (especialmente aqueles relacionados à incapacidade de ser amada) e da programação de atividades (especialmente para aumentar a socialização). Também trabalhamos em comportamentos alternativos para a compulsão alimentar quando ela estava angustiada. A seguir, testamos suas concepções sobre ser rejeitada se ela desagradasse às pessoas e então trabalhamos nas habilidades de assertividade. Atualmente, estamos trabalhando no nível das crenças, modificando a sua visão de si mesma como indigna de amor e imperfeita.

IV. CURSO DO TRATAMENTO [número de palavras real: 300] (número de palavras sugerido: 500)

A. Relação Terapêutica: o tratamento foi facilitado pela ânsia de Ann por agradar ("se eu agradar aos outros, eles irão gostar de mim"), mas o contraponto a essa concepção ("se eu desagradar às pessoas, elas não irão [gostar de mim]") realmente teve leve interferência. Ann estava ansiosa por agradar na terapia; ela rapidamente concordava comigo, às vezes sem realmente parar para refletir sobre as hipóteses ou perspectivas alternativas que eu apresentava a ela. Consegui explicitar outra crença dela ("se eu disser a alguém que discordo, a pessoa interpretará isso como uma crítica"), ajudei-a a testar essas crenças comigo, corrigir seu pensamento, e ela então se tornou mais disposta a me dizer quando não entendia totalmente ou não concordava com o que eu havia dito.

B. Intervenções/Procedimentos:

1. Ensinei à paciente ferramentas cognitivas padronizadas de examinar e responder aos seus pensamentos automáticos (o que permitiu à paciente ver a sua lógica distorcida e disfuncional e assim reduziu significativamente os sintomas depressivos e ansiosos).
2. Fiz com que Ann realizasse experimentos comportamentais para testar as suas concepções (por ex., "se eu dizer 'não' a um homem sobre ter relações sexuais em um primeiro encontro, ele ficará furioso e nunca mais ligará para mim"). Isso resultou em redução da evitação e aumento da assertividade.
3. Fiz com que Ann mantivesse um contínuo registro de provas de que ela era uma pessoa digna de amor, o que a ajudou a modificar as suas crenças básicas principais.

C. Obstáculos: quando Ann tinha uma semana ruim, ela ficava desesperançosa com a terapia. Reestruturamos as suas recaídas como uma reativação do seu esquema devido a um infeliz incidente em um encontro amoroso e como uma oportunidade de praticar a

resposta a pensamentos automáticos negativos e solidificação de uma crença nova e mais saudável.

- D. Resultado:** a depressão de Ann diminuiu gradualmente ao longo de quatro meses depois que iniciamos a terapia, até que ela chegou à remissão completa. Ela permanece em terapia para trabalhar em problemas persistentes nas relações com homens e na sua autoimagem.