

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSIVAN TEIXEIRA DE ANDRADE

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA EM UM ESTUDO DE
CASO NO CONTEXTO CLÍNICO**

NATAL/RN

2017

JOSIVAN TEIXEIRA DE ANDRADE

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA EM UM ESTUDO DE
CASO NO CONTEXTO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso requerido e apresentado ao centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. Objetivando a ascensão ao título de bacharel em psicologia.

Orientadora: Prof.^a Mariana Carla Lucena

NATAL/RN

2017

JOSIVAN TEIXEIRA DE ANDRADE

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA EM UM ESTUDO DE
CASO NO CONTEXTO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso requerido
e apresentado ao centro Universitário do
Rio Grande do Norte – UNIRN.
Objetivando a ascensão ao título de
bacharel em psicologia.

Aprovado em:_____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Membro

Coordenadora do curso

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me abençoado e me dado forças para chegar ate aqui.

A minha orientadora, a professora Mariana Carla, que em suas orientações repletas de ética e profissionalismo, soube transmitir segurança e conhecimento nos casos por mim atendido.

A meu pai, José Lima de Andrade (in memorian), com quem aprendi a encarar as intempéries da vida e a valorizar as árduas conquistas, e a minha mãe Niraci Teixeira de Andrade, por toda educação ao longo da minha vida.

A minha esposa, Edailze Nascimento Silva Andrade, pelos momentos de apoio e compreensão, frente as minhas limitações nos momentos em que mais precisava de minha colaboração, por estar envolvido em atividades acadêmicas e ao meu filho, Eduardo Silva Andrade, que mesmo com sua inocência de criança, compreendeu minhas limitações nos momentos lúdicos e atenções diárias.

A meu cunhado Renato Rendrick e sua esposa Edjane Lima, por me auxiliarem no programa de financiamento estudantil (Fies), sendo meus fiadores, demonstram acreditarem em meu potencial, sendo assim fundamentais neste momento de minha vida.

Ao Sr. Leônicio Etelvino de Medeiros Filho e sua esposa a Sr. Liana Câmara Souza de Medeiros, por toda a atenção, compreensão e flexibilização quanto aos meus horários de trabalho, contribuindo dessa forma para a realização de um sonho.

A todos os meus familiares e amigos que de uma forma ou de outra souberam me motivar e respeitar quanto as minhas escolhas.

E por fim aos meus queridos colegas de turma, com os quais compartilhamos experiências impar neste percurso da vida e, de modo especial aos colegas: Marquidones Filho, Helington Oliveira e Aline Dantas, pessoas estas que foram fundamentais nas minhas experiências acadêmicas e que me ajudaram a chegar ate aqui.

RESUMO

A terapia cognitivo-comportamental é um dos modelos de terapia mais utilizados na clínica, sendo assim, mostrando-se eficaz em diversos transtornos psicológicos. O presente trabalho é um estudo de caso, de uma jovem de 25 anos, que apresentou pensamentos e crenças arraigados sobre a necessidade de sempre ajudar as pessoas e ser reconhecida. O objetivo é descrever e, avaliar como se dá o processo terapêutico neste contexto, bem como, possibilitar a absorção de conhecimentos relacionados à terapia cognitivo-comportamental. Priorizou-se a relação terapêutica de início, partindo do acolhimento e escuta clínica. Foram elaboradas as metas junto com a paciente, estruturação das sessões e orientação quanto ao modelo cognitivo. No decorrer das sessões foram feitas as identificações e reestruturações de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais utilizando técnicas cognitivas e comportamentais, ocasionando a conquista das metas e o encerramento do processo terapêutico em consenso com a paciente. O estudo foi desenvolvido nas clínicas integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte a UNI-RN, no período de 23/03/17 a 30/08/17, com um total de 15 sessões. O resultado final do processo terapêutico foi satisfatório, concluindo que a terapia cognitivo-comportamental foi eficaz e auxiliou a paciente quanto as demandas por ela apresentadas no ambiente clínico.

Palavras-chaves: Terapiacognitivo-comportamental. Pensamentos automáticos. Crenças centrais. Crenças intermediárias.

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapy is one of the most widely used therapy models in the clinic, thus being effective in several psychological disorders. The present study is a case study with a 25-year-old girl who presented deep-rooted thoughts and beliefs about the need to always help people and be recognized in which they were followed in clinical practice with the intervention of cognitive-behavioral. The objective is to describe and evaluate how the therapeutic process is given in this context, as well as to enable the absorption of knowledge related to cognitive-behavioral therapy. The therapeutic relationship of onset was prioritized, starting from the reception and clinical listening. The goals were elaborated together with the patient, structuring the sessions and orientation regarding the cognitive model. Throughout the sessions, identifications and substitutions of automatic thoughts and dysfunctional beliefs were made using cognitive and behavioral techniques, leading to achievement of goals and closure of the therapeutic process by the patient. The study was developed in the integrated clinics of the University Center of Rio Grande do Norte UNI-RN, in the period from 03/23/17 to 08/30/17, with a total of 15 sessions. The final result of the therapeutic process was satisfactory, concluding that cognitive-behavioral therapy was effective and assisted the patient with the demands presented by her in the clinical setting.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy. Automatic thinking. Central beliefs. Intermediate beliefs.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2.TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:	8
CONTEXTUALIZAÇÃO HISTORICA E DESENVOLVIMENTO	
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL.....	9
2.1.1.CONTEXTUALIZAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO.....	11
3. PROCESSO DA TCC NO CONTEXTO CLÍNICO.....	11
3.1 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA.....	12
3.1.1 MODELO COGNITIVO: CRENÇAS E RELAÇÃO ENTRE	14
COMPORTAMENTOS E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	
3.1.2 MÉTODO TERAPÊUTICO.....	16
4.CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	18
5.ESTUDO DE CASO.....	20
5.1 INTERVENÇÃO.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERENCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O ser humano sempre foi visto como objeto de estudo durante sua evolução. Diante de tamanha complexidade, surgiram diversas linhas teóricas e filosóficas, para suprir tal demanda. Estudiosos cognitivistas e diversos comportamentalistas contribuíram para a construção de uma linha terapêutica que posteriormente se tornaria uma das mais conhecidas e utilizadas do mundo.

A terapia cognitivo-comportamental e suas demais escolas principiaram nos anos de 1960 e 1970 com a proposta de ser uma terapia breve e orientada no aqui e agora munidas de métodos que trabalham tanto a cognição, como o comportamento do sujeito.

O presente trabalho traz a contextualização teórica, adotando o modelo de Aaron Beck, mostrando o início do percurso que traçou para chegar à terapia cognitivo-comportamental, partindo dos estudos psicanalíticos sobre a depressão, em sua própria clínica. Bem como, o arcabouço comportamental, tendo como base o modelo Behaviorista e alguns teóricos importantes que foram fundamentais para a construção desta ciência, dentre eles: Ivan Pavlov, John B. Watson e Skinner.

São apresentadas as peculiaridades do processo terapêutico; a relação terapêutica, que Beck denomina empirismo colaborativo; o modelo cognitivo, no qual as emoções e o comportamento são influenciados de acordo como a percepção do indivíduo frente às situações. (Knapp, 2007, p.20)

O foco do tratamento na terapia cognitivo-comportamental, de início, são os pensamentos automáticos, que estão na superfície da consciência, em seguida, as crenças intermediárias e centrais que são avaliadas e reestruturadas, na intenção de produzir a melhora dos sintomas do paciente. (J. Beck, 1997, p.32).

Tendo em vista essa premissa, o método terapêutico foi exposto para esclarecer como se dá o processo com o paciente, partindo de uma relação terapêutica chamada de empirismo colaborativo e como utilizar as técnicas de maneira assertiva e efetiva após a conceitualização cognitiva do caso.

2. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO

A terapia cognitivo-comportamental passou a ser um método terapêutico mais utilizado na área da psicologia clínica, sob diversas formas de transtornos mentais, desde as décadas de 60 e 70 do século XX, com ênfase na aplicabilidade e eficácia de suas técnicas.

No contexto histórico de suas origens, a terapia cognitivo-comportamental surgiu em um momento que as abordagens que dominavam eram: psicanálise, behaviorismo e humanismo. (Dobson; Backs-Dermott; Dosois,2000 apud Knapp,2007,p.41)

Em resistência ao behaviorismo radical a terapia cognitivo-comportamental originou-se com a premissa básica da mediação entre cognição e comportamento. Nesse sentido, alguns fatores foram fundamentais para o surgimento da terapia cognitivo-comportamental, tais como, discordâncias de alguns modelos que priorizavam as respostas comportamentais; insatisfação com o método estímulo-resposta; o questionamento da eficácia das técnicas psicanalíticas; bem como a importância dada à cognição e aos modelos mediadores de processo de informações. (Knapp,2007, p.44)

Além de Beck ter refinado seu método particular de modelo terapêutico, outros pesquisadores também desenvolveram suas teorias dentro da terapia cognitivo-comportamental, tais como: terapia racional-emotiva (Ellis,1962) a modificação cognitivo-comportamental (Meichebaum,1977) a terapia multimodal (Lazarus,1976) e dentre vários outros teóricos.

De acordo com Knapp, (2007,p.42) a terapia cognitivo-comportamental é formulada a partir da junção entre os conceitos técnicos e teóricos da terapia cognitiva e comportamental, na qual o pensamento influencia o comportamento, logo esse pensamento pode ser monitorado e alterado, e o comportamento desejado pode ser influenciado na medida em que o pensamento vai se modificando.

Embora a terapia comportamental já estivesse em evidência, a terapia cognitivo-comportamental teve suas origens paralelamente a terapia cognitiva.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL

Partindo do modelo behaviorista como base teórica, a psicologia comportamental iniciou o seu percurso no campo científico. Alguns teóricos importantes foram fundamentais para dar início a esta que logo, seria uma das linhas teóricas mais utilizadas no campo da psicologia, dentre eles : Ivan Pavlov, John B. Watson e Skinner. (Caballo, 2007, p.4)

Ivan Pavlov (1849-1936) mostra que seus experimentos levaram a descoberta do modelo de condicionamento, os chamados reflexos condicionados, ao fazer exposições de cães, levando-os a salivarem diante ao estímulo alimentar, ao passo que com o tempo, percebeu-se que a salivação do animal passou a ocorrer somente ao ouvir os passos do assistente que o alimentava. Esta seria então uma aprendizagem incondicionada pareada com um estímulo neutro, gerando uma resposta condicionada. (Barbosa;Terroso ;Argimon,2014,v.34, p 67)

John B. Watson (1878-1958) sucessor de Pavlov, voltava seus olhares para o comportamento, afastando-se da consciência, introspecção e mente. Sustentando este modelo, Watson citado por Baum (2006, p. 24) escreve:

[...] jamais renunciar nossa definição: nunca usar os termos consciência, estados mentais, mente, conteúdo, verificável introspectivamente, imagens e coisas parecidas. [...] Evitar termos relacionados à consciência e a mente deixaria a psicologia livre para estudar o comportamento humano e animal (Baum, 2006, p. 24).

A idéia central desta corrente era dar atenção aos comportamentos reais e percebidos através das experiências geradas por um mundo real.

Frederic Skinner (1904-1990) foi o teórico mais conhecido pós-Watson, preocupando-se em como chegar a uma ciência do comportamento, contrapôs a outros Behavioristas que atentavam para o método das ciências naturais. Skinner, por sua vez, prioriza a explicação científica acerca do comportamento observável. Em meio a esta idéia, surgiu o modelo de condicionamento operante estímulo-comportamento-consequência (E-R-C) no qual o comportamento sofre influência da consequência. Apesar de certas discordâncias entre alguns behaviorista foi possível criar uma ciência do comportamento como objeto de estudo, e ao longo do tempo,

ganhando espaço entre outras ciências humanas constituindo-se como uma forma de terapia no campo da ciência psicológica. (Barbosa; Terroso; Argimon, 2014,v.34, p 67)

Segundo Caballo (2007, p.3)” a terapia comportamental tem muitas origens e nenhum fundador ou ponto de partida único.” Percebe-se então que, antes de ser reconhecida como terapia comportamental, as pessoas daquela época utilizavam, despercebidamente, algumas de suas técnicas básicas, no intuito de correção do comportamento.

Foi então, em meados de 50, do século XX, que se reuniram esforços entre estudiosos desta época para colocar em pratica as idéias de Pavlov, Skinner, Watson e outros cientistas, constituindo assim, os arcabouços teóricos e técnicos para que se chegasse ao modelo de terapia comportamental como a conhecemos hoje.

A terapia comportamental atual está atenta em trabalhar o paciente no aqui-agora, de modo que este verbalize seus incômodos ao terapeuta, que por sua vez, instruído a priorizar uma escuta clinica, possa planejar junto com o paciente os caminhos a serem trilhados no processo terapêutico e as técnicas que serão usadas no processo, logo após a descoberta do real motivo da consulta.

De acordo com Caballo (2007, p 8):

A TC contemporânea reflete uma combinação de procedimentos verbais e de ação, o emprego de métodos multidimensionais em vez de abordagens únicas , a atenção cada vez maior na responsabilidade do paciente e do terapeuta , a ênfase nos determinantes atuais mas que nos históricos, o respeito com os dados e uma prudente disposição de ir além dos limites restritos do condicionamento tradicional [...] . A TC é um enfoque de soluções de problemas, no qual se mesclam a avaliação e intervenção para gerar valorização continuas do progresso.

Wright, Basco e Thase (2008, p 16), comentam que, com a evolução da terapia comportamental, alguns teóricos incrementavam a esta abordagem resquícios cognitivos em suas praticas terapêuticas, de modo que esta cognição contribuiu para contextualizar as intervenções comportamentais.

2.1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para o tratamento da depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. (Beck,1964 apud J. Beck, 1997, pag 17).

Apesar de ter iniciado a partir de estudos sobre a depressão, a terapia cognitiva foi expandida para tratar de outros transtornos psíquicos, como: transtornos de ansiedade generalizada, fobias, suicídio, transtornos de personalidade, abuso de substâncias tóxicas como álcool, drogas ilícitas e outros. Resultados mostram também, que a terapia cognitiva aliada com o fármaco, é uma boa alternativa no tratamento de transtornos psiquiátricos graves como a esquizofrenia e o transtorno bipolar (Knapp e Beck 2008,p 55).

A terapia cognitiva parte de uma lógica na qual um evento desencadeia pensamentos, dentre eles os disfuncionais, que por sua vez trazem a tona sentimentos e emoções que vão gerar comportamentos. (Knapp,2007, p.20)

Partindo desta conceituação o terapeuta busca, a partir da identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais o caminho para se chegar a possível origem da demanda e aliviar os sintomas do paciente. (Rangé,2011, p.22).

3. PROCESSO TERAPÊUTICO DA TCCNO CONTEXTO CLÍNICO.

A terapia cognitivo-comportamental é descrita como uma abordagem terapêutica estruturada, diretiva, com metas claras e definidas, focalizada no presente. (Abreu e Guilhardi, 2004, p. 278).

Tomando como base essa premissa, o processo terapêutico parte de uma escuta clínica qualificada, acolhendo as demandas do paciente e priorizando uma relação sólida com o mesmo, para que ambos possam trabalhar em equipe no planejamento adequado do tratamento.

Tendo considerado a experiência do paciente, o terapeuta irá trabalhar com a identificação e reestruturação de três níveis de cognições, chamadas de: Pensamentos automático, Crenças intermediárias e Crenças nucleares.(Rangé, 2011, p.22)

As sessões podem ser estruturadas com o estabelecimento de agenda e feedback, no intuito de aumentar a funcionalidade e organização dos esforços do paciente. (Wright; Basco; Thase,2008, p.28).

Na fase final do processo, faz-se necessário a prevenção de recaída, o terapeuta conscientiza o paciente sobre possíveis situações de riscos, onde ambos identificam prováveis problemas que possam vir a incomodar o sujeito, ao longo da sua vida, logo este é ensinado a enfrentar suas dificuldades e a traçar estratégias para lidar com as situações de risco.(Knapp, 2007, p.34) .

3.1 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

A conceituação cognitiva “É a formulação do caso, embasada na concepção cognitiva dos transtornos emocionais do paciente”, a conceituação tem como ponto de partida os sistemas de pensamentos e crenças disfuncionais apresentados pelo paciente (Knapp, 2007, p.27).

A conceituação cognitiva também pode ser vista como um processo colaborativo entre terapeuta e paciente, que proporciona aprendizagem em torno das demandas do mesmo, sendo útil para guiar o processo terapêutico na busca por um alívio no sofrimento do indivíduo (Kuykem; Padesky; Dudley, 2010,p.21).

Carrol (apud Rangé et al., 2011,p 22), “quando você não está certo de para onde esta indo, qualquer estrada serve para te fazer chegar”. Se o terapeuta não se apropriar desta ferramenta que é, o processo terapêutico pode não surtir resultados positivos, devido às escolhas equivocadas do método terapêutico por falta de embasamento teórico do caso.

Existem sete informações principais que norteiam a conceituação cognitiva. (Wright; Basco; Thase, 2008, p.49).

- 1) *Diagnostico/sintomas*: é a hipótese diagnósticas elaborada junto ao DSM ,de acordo com os sintomas apresentado pelo paciente. Orienta o terapeuta na observação lógica entre as crenças e o comportamento, bem como se apropriar de conhecimentos validos e métodos adequados para determinada psicopatologia.(Rangé, 2011, p.123)
- 2) *Influencias no desenvolvimento*: informação pertinente acerca da infância que tiveram influencia no desenvolvimento ao longo experiência de vida do paciente.(Wright; Basco; Thase, 2008, p.51)
- 3) *Questões e situações interpessoais*: são as demandas atuais, aquilo que esta deixando o paciente desorganizado no momento. Ajuda na estruturação das sessões terapêutica, trabalha as demandas de cada vez, tornado eficaz o tratamento.(Kuykem; Padesky; Dudley, 2010)
- 4) *Fatores biológicos, genético e médico*: histórico de adoecimento no ceio familiar.(Wright; Basco; Thase, 2008, p.51)
- 5) *Pontos forte/recurso*: são as qualidades do paciente e seus possíveis ponto de apoio. Ajuda o paciente a desenvolver a resiliência. (Kuykem; Padesky; Dudley, 2010, p.46)
- 6) *Padrões de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos*: o modo de como o paciente pensa, sente e comporta-se diante uma situação especifica.(Wright; Basco; Thase, 2008, p.51)
- 7) *Esquemas subjacentes*: são as regras, normas e padrões que guia a conduta do paciente. (Wright; Basco; Thase, 2008, p.51)

A conceitualização cognitiva é uma etapa do processo terapêutico que encontra-se em meio a recepção do paciente,partindo da escuta clinica, e a elaboração do método de tratamento. (Rangé, 2011, p.120)

3.1.1 MODELO COGNITIVO: CRENÇAS E RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS.

Um ponto central na terapia cognitivo-comportamental é o *modelo cognitivo*, ela parte de uma ótica na qual as emoções e os comportamentos são influenciados pela maneira como a pessoa percebe a situação. “Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como elas *interpretam* uma situação”.(Beck 1964 apud J.Beck, 1997, p 29)

Segundo Knapp (2007, p 20) :

[...] Não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, mas sim o que nós pensamos sobre os eventos; nossas emoções e comportamentos estão influenciados pelo que pensamos [...] os eventos ativam os pensamentos, os quais geram, como consequência as emoções e os comportamentos.

O autor revela que os pensamentos têm papel fundamental nas variações comportamentais e emocionais, uma vez aguçado pelo modo como pensamos o evento.

Alguns pensamentos aparecem no nível mais acessível da consciência, são espontâneos, válidos e que estão associados a comportamentos desajustados e as emoções perturbadoras, são denominados *Pensamentos automáticos*. (Leahy,2006,p.25).

Os pensamentos automáticos são comuns a todas as pessoas com problemas emocionais ou não, os mesmos costumam aparecer de forma verbalizada ou por imagem, pode também vir antes de uma situação ou por lembrança de algo. Geralmente esses pensamentos vêm acompanhados de uma forte emoção, nesse sentido, é possível proporcionar uma melhora no humor a partir da avaliação da veracidade do pensamento fazendo uma reflexão apurada sobre o mesmo. (J.Beck, 1997, p.30).

Na sequência dos pensamentos automáticos encontram-se as *crenças subjacentes*, são construções cognitivas equivocadas que denotam regras, padrões,

normas premissas e atitudes que conduz nossa maneira de agir no mundo. Exemplo: “se eu fizer o que os outros querem, então vão gostar de mim” “devo sempre me sacrificar pelo bem do outro” “tenho que ser perfeito em tudo que faço”. (Knapp,2007, p. 25)

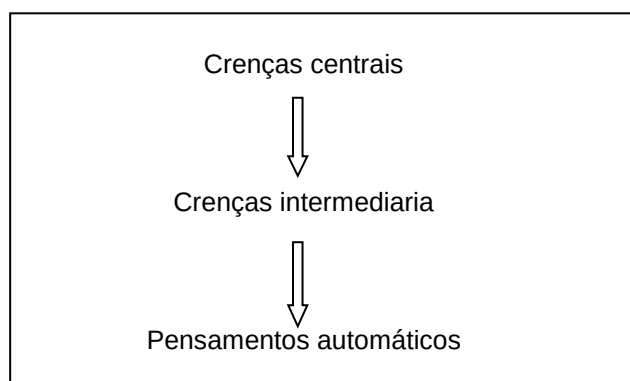
As experiências, nossas idéias e os conceitos mais cristalizados que temos sobre nós mesmos, das pessoas e do mundo, são consideradas nossas *crenças centrais ou nucleares*. Assim, qualquer que seja a situação o sujeito ira pensar da mesma forma de acordo com sua crença (Knapp, 2007, p. 22).

De acordo com J.Beck(1995, apud, Knapp, 2007, p.23) as crenças centrais disfuncionais estão organizadas em três grupos de acordo com:

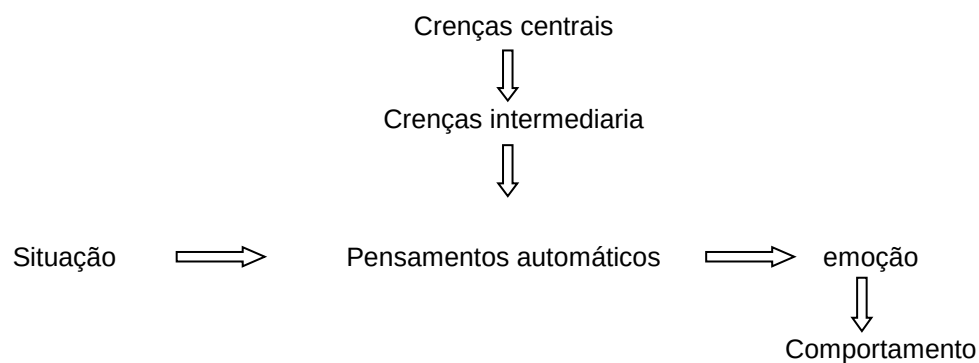
- 1) *Desamparo*: que são crenças de impotência, fragilidade, vulnerabilidade, carência e necessidade;
- 2) *Desamor*: o individuo acredita que não vai ser aceito pelas pessoas, que não vão gostar dele, que não vai ser amado, que vai ser rejeitado, abandonado e vai ficar sozinho;
- 3) *Desvalor*: que consiste em crenças de incapacidade, incompetência, inadequado, ineficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado e sem valor.

O foco do tratamento na terapia cognitivo-comportamental, de inicio, são os pensamentos automáticos, em seguida, as crenças intermediárias e centrais que são avaliadas e modificadas, na intenção de produzir a melhora dos sintomas do paciente. J. Beck(1997, p.32)

O modelo cognitivo abordado ate aqui, pode ser ilustrado da seguinte forma:



A relação entre comportamento e pensamento automático é expressa a partir de uma situação específica, na qual crenças subjacentes vão influenciar na percepção, que por sua vez irá ser expressa através de pensamentos automáticos específicos da situação, alterando emoções e comportamentos do sujeito. Pode ser expressa de seguinte forma:



3.1.2 MÉTODO TERAPÊUTICO.

A seguir são apresentadas algumas técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no processo terapêutico, como as de identificação e modificação de pensamentos automáticos e crenças desadaptativas, que produzem a reestruturação cognitiva e melhora do comportamento indesejado. É válido lembrar que tanto a mudança cognitiva reflete no comportamento, como a mudança comportamental gera mudança cognitiva.

1- Método cognitivo:

- *Registro de pensamento:* é o método mais comum na TCC, caracteriza-se por ser um formulário no qual o paciente irá registra os pensamentos automáticos e emoções que se apresentam diante uma situação, fazendo com que o paciente questione sobre o pensamento no intuito de valida e modificar o mesmo. (Wrigth; Basco e Thase, 2008, p.81)

- *Questionamento socrático*: o terapeuta questiona o paciente com perguntas abertas, levando este a pensar de modo a entender seu problema e encontrar possíveis soluções. (Knapp, 2007, 30)
- *Psicoeducação*: utilizada pelo terapeuta para dar breves explicações ao paciente, utilizando-se de várias ferramentas como livros, textos ou computador, no intuito de ajudar o paciente no processo de aprendizagem relacionado ao seu sofrimento. (Wright; Basco e Thase, 2008, p.29)
- *Role-play*: consiste em levar o paciente a reviver situações importantes na sua imaginação, no intuito de descobrir as emoções e pensamentos que apareceram diante a situação real. (Wright; Basco e Thase, 2008, p.83)
- *Tomada de decisão*: orienta o paciente a tomar decisões pesando as vantagens e desvantagens que foram elaboradas. (Knapp, 2007, p.145)
- *Seta descendente*: questionar um pensamento negativo de forma seguida, com o objetivo chegar até as crenças. (Knapp, 2007, p.144)
- *Reatribuição*: atribui o nível de responsabilidade de cada fator substituindo por um conceito mais realista. (Knapp, 2007, p.142)
- *Descatastrofização*: mostra ao paciente que uma determinada situação não terá um efeito catastrófico na sua vida. A pergunta básica é: “qual o pior que pode acontecer.” (Knapp, 2007, p.142)
- *Parada de pensamento*: permite substituir pensamento intrusivo por pensamento realista. No momento em que o pensamento indesejado aparecer o paciente verbaliza em voz alta a palavra “pare”, em seguida pensa em uma imagem prazerosa. (Rangé, 2011, p.182)

2- Métodos comportamentais

- *Treinamento de relaxamento*: ajuda o paciente a entrar em estado de relaxamento profundo. O relaxamento muscular é um dos mais indicados, auxilia a liberar as tensões musculares por todo o corpo causando um estado de bem estar. (Rangé,2011,p.175)
- *Auto monitoramento*: É uma planilha elaborada para monitora de variadas formas, o comportamento, pensamentos e sentimentos do paciente. (Knapp, 2007,p.153)
- *Programa de atividade*: O paciente é orientado a praticar diariamente atividades prazerosas que tragam recompensas. (Knapp, 2007, p.155)
- *Ensaio comportamental*: O paciente ensaia o comportamento que deseja adquirir fora da sessão. (Knapp, 2007,p.157)
- *Dessensibilização sistemática*: O paciente entra em um estado profundo de relaxamento e, em seguida, se expõe ao estímulo por ele temido. (Rangé, 2011, p.179)
- *Exposição gradual*: É a exposição direta do paciente, de forma gradual, ao vivo ou imaginária a uma situação ansiogênica. (Rangé, 2011, p.186)

4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.

O estágio supervisionado, parte integrante deste processo de formação, é desenvolvido nas Clínicas Integradas do UNI-RN, cuja a prioridade é oferecer atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física,

Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Anuidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

O paciente pode buscar os serviços espontaneamente ou ser encaminhado por médicos, escolas e empresas. Primeiro ele passa por um acolhimento, para, em seguida, ser encaminhado ao setor especializado. Além de disponibilizar um serviço de saúde de qualidade, as Clínicas Integradas do UNI-RN capacitam os estudantes para o mercado de trabalho.

A partir de práticas supervisionadas por um docente da área se define a proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta do estudante que vivencia a realidade profissional.

A clínica funciona de segunda à sexta-feira, das 7h30 às 21h, e ocupa uma área de 1.542,80m², disponibiliza 64 consultórios confortáveis com equipamentos modernos.

São oferecidos os serviços de atendimentos em grupo e individual, ludo terapia, hidroterapia (piscina térmica), fisioterapia em neurológica, ortopedia e traumatologia, reumatologia, pediatria, angiologia, uroginecologia, cardiorrespiratória e dermato-funcional, e procedimentos básicos de enfermagem como troca de curativos, dentre outros serviços em Saúde.

Toda a acessibilidade necessária para as pessoas com dificuldade de locomoção é garantida no espaço, que possui ainda um elevador adaptado. É neste ambiente acolhedor que temos a oportunidade de colocar em pratica todos os saberes, ate aqui adquiridos, sobre a terapia cognitivo-comportamental no contexto clinico.

Sendo assim, a seguir, apresentamos o estudo de caso que esta sendo conduzido sob a ótica da terapia cognitivo-comportamental.

5. ESTUDO DE CASO

Paula (nome fictício, usado para manter a confidencialidade) do sexo feminino, 25 anos, vive um relacionamento homoafetivo estável com sua companheira, trabalha como assistente social em um centro de acolhimento para idosos.

Relatou na primeira sessão sentimento de preocupação, baixa autoestima que girava em torno do medo de perder os avós, das responsabilidades, cobranças e de se sentir culpada pelo desemprego da companheira. Fala que se sente estranha e que tem medo da sociedade. Esse conjunto de fatores desencadearam mudanças de humor e irritabilidade na paciente, menciona que não consegue controlar seus impulsos e, às vezes, magoa as pessoas a sua volta, principalmente quando é questionada com “perguntas óbvias” e simples, de acordo com o seu ponto de vista.

Nas sessões seguintes foi observado que desde cedo já buscava por independência e autonomia. Atualmente mora em Natal, por questão profissional, mais é natural de outra cidade. É adepta do espiritismo como crença e modelo de vida. Fala que sofre muito com a distância da família, mas que sua escolha de vir para esta cidade tem um “propósito”, que é aprender a lidar com a “perda”, que para ela seria o medo da morte dos avós.

Paula afirma que sempre teve uma relação boa com os pais e que sua mãe sempre foi rigorosa em relação às regras, sempre pontual, resolutiva em tudo que fizera e sempre gostou de ajudar ao próximo. Quando mais jovem, a paciente assumiu importantes responsabilidades de trabalhando junto ao pai, na época, prefeito da cidade de uma pequena cidade do interior.

No decorrer do processo, com a conceitualização do caso, percebemos que a paciente apresenta as seguintes crenças centrais “Eu não tenho valor” e “Eu sou incapaz”. Sempre fica triste quando não a reconhecem e não retribuem a atenção, que disponibiliza resolvendo dificuldades dos outros, se incomoda em expressar seu choro na frente das pessoas para que elas não a julguem como “fracassada”.

As metas apresentadas pela paciente foram:

- Controlar o impulso “agressivo” para com as pessoas;
- Aprender a lidar com a ansiedade;
- Preocupar-se menos com os outros e dar atenção a si mesma.

Paula relata que faz o possível para “sempre ajudar as pessoas”, e quando ela não consegue ser prestativa, pensamentos de incapacidades vêm a tona, deixando-a irritada e preocupada. Além disso, a paciente tem uma percepção distorcida em relação a situações que envolva questionamentos “óbvios”, levando a irritabilidade e,conseqüentemente, acompanhada por dor de cabeça.

Os pensamentos automáticos identificados nesta situação foram os seguintes:

Situação	“a companheira pede para fecha a porta ao sair de casa”
P.A	“não acredito que ela esta me pedindo isso!” “ela acha que eu sou cega!”
Emoção	Raiva

No andamento do processo, a partir da escuta clínica, e monitoramento dos pensamentos automáticos, as crenças intermediárias vão sendo identificadas como: “tenho que ser boa em tudo que faço”, “se eu não conseguir ajudar , então sou incapaz”, “se eu tiver que fazer alguma coisa, tenho que fazer logo”.

Paula fala que nos momentos em que é contrariada ou em momentos que envolva questões óbvias e objetivas, ela age com grosseria para com o outro, segundo ela, “falando palavras mal ditas”.

Apresenta sentimentos de medo em relação à perda e relata ser egoísta, pois, explica que não quer perder os seus entes queridos, e que queria tê-los sempre.

Fala também que quando mais nova, sua mãe tinha uma atenção diferenciada entre ela e a irmã, logo Paula ficava em segundo plano com relação aos afetos maternos, revela também que sempre tivera sentimentos de importância e desamor.

A seguir um esquema demonstrando a conceituação do modelo cognitiva do caso.

Historia de vida: medo de perder os avós; achava-se diferente; medo da sociedade; irritabilidade, com questões óbvias; senso de responsabilidade; sempre tem que ajudar as pessoas.

Dados relevantes da infância e adolescência: bom relacionamento com os pais; cobrança com os Estudos; atenção e admiração dos pais recaiam sobre sua irmã; seguidora de regras; ajudava os colegas na escola; cortou os pulsos aos 16 anos.

Crenças centrais: “não tenho valor” “sou incapacidade”

Crenças subjacentes: “Tenho que ser boa em tudo que eu faço”, “Se for para fazer alguma coisa, tem que ser logo” “Se eu não conseguir ajudar, eu sou incapaz” “Se eu chorar, demonstrarei fraqueza”

Situação1:
Descoberta da doença da avó.

PA: “se eu estivesse lá, ela não estaria assim”
“será que ela vai morrer?”
“não irei agüentar a dor da Perda”

Emoção: tristeza

Comportamento:
Pede informações sobre avó, reza.

Situação 2:
Companheira pede para Fechar a porta.

PA: “será que ela acha que estou cega” “não acredito que ela esta me Pedindo isso”

Emoção: raiva

Comportamento: briga Com a companheira

Situação 3:
No trabalho, quando não é “reconhecida”

PA: “Não sou boa”, “Meu jeito afasta as pessoas”
“não gostam de mim”

Emoção: tristeza

Comportamento:
Retrai-se

5.1 INTERVENÇÃO

No presente estudo de caso foram realizadas 15 sessões de 50 minutos cada. Desde a primeira sessão foi priorizada a construção do vínculo terapêutico entre terapeuta e paciente com acolhimento de suas demandas de acordo com a escuta clínica.

Na sessão seguinte foi elaborada a estruturação das sessões a partir das metas apresentadas pela paciente e reavaliadas juntamente com o terapeuta. Em cada sessão foi feito a revisão de humor da paciente e trabalhado, pontualmente, as questões que a paciente trazia para a sessão.

O modelo da terapia cognitivo-comportamental foi explicado para a paciente que assimilou muito bem e foi um importante mecanismo para o um bom desenrolar do processo terapêutico.

Foi utilizado o *registro de pensamentos* no intuito de monitorar os pensamentos automáticos de Paula que indagavam crenças de “desvalor” e “incapacidade”, como de fato foram monitorados avaliados e questionados.

O *empirismo colaborativo* foi colocado, deixando claro que paciente e terapeuta trabalham juntos no processo, formulando e descartando hipóteses na busca pela melhora da qualidade de vida do paciente.

A *psicoeducação* sobre a morte como um curso natural da vida, e sobre o modelo cognitivo, foi fundamental para a paciente ressignificar suas questões.

O método de *questionamento socrático* teve papel importante diante dos pensamentos sobre sua incapacidade, necessidade de ser boa em tudo que fizer, levando a paciente a perceber as situações de forma realista e conseqüentemente a uma reestruturação cognitiva.

O *auto monitoramento*, foi utilizado de forma a acompanhar as oscilações de humor , bem como os comportamentos desencadeados nos momentos de irritabilidade, no intuito de traçar estratégias de enfrentamentos frente a determinadas atitudes tomada pela paciente.

As técnicas de *relaxamento diafragmático* e o *relaxamento muscular progressivo de Jacobson* foram estratégias utilizadas para auxiliar na diminuição da ansiedade, no controle dos impulsos, quanto as perguntas óbvias e preocupações.

Além disso, a prática regular de atividade física se mostrou mais um ponto favorável nesse processo.

Nos momentos de irritabilidade, a prática da *parada de pensamentos*, que consiste em interromper os pensamentos negativos e substituí-los por pensamentos positivos, ajudou a paciente nos momentos de irritabilidades relacionados às questões óbvias, que neste caso, faziam com que ela entrasse em conflito com a companheira, ou por vez, falava palavras “malditas” que magoavam as pessoas próximas.

No decorrer do processo com uma boa compreensão do modelo cognitivo a paciente adquiriu autonomia para propor a estrutura das sessões de forma mais independente. Em seguida, as sessões passaram a ocorrer a cada 15 dias.

Com as metas assim alcançadas pela paciente, foi feita *prevenção de recaída*, expondo expectativas relacionadas a futuros problemas e expectativas irrealistas que possa vir a ter de como seria sua atitude em relação as mesmas e o que poderia fazer diante da(as) situação(ões).

Por fim, decidimos pelo término do processo tendo assim alcançado suas metas e estabelecido uma melhor qualidade de vida, aprendendo a lidar com questões que antes afetavam sua vida cotidiana, do ponto de vista profissional e afetivo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de terapia cognitivo-comportamental ao qual Paula teve acesso foi fundamental no desenvolvimento do caso. Alguns fatores foram importantes para o sucesso do tratamento, como o empenho da paciente, sempre colaborativa nas atividades propostas, o vínculo terapêutico construído entre paciente e terapeuta.

Diante das técnicas utilizadas, a psicoeducação cumpriu um papel de ressignificação de suas crenças, fazendo com que a paciente entendesse a morte como um percurso natural da vida e assimilando adequadamente as questões sobre a “perda”.

A pesar de Paula não um diagnóstica de transtorno mental, a terapia cognitivo-comportamental parece ter tido bom desempenho na resolução de suas demandas. Também adquiriu conhecimentos básicos do método terapêutico para ser utilizado em momento de necessidade, sendo uma boa estratégia de prevenção de recaídas.

REFERENCIAS

Abreu, Guilhard. **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental — Praticas clinicas**. Sao Paulo, Roca, 2004

BAUM, WILLIAM M. **Compreender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução**. Porto Alegre. Artemed, 2006

Barbosa, Terrso, Argimo. **Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação as teorias?** Academia de Psicologia Boletim Paulista [online] 20014, 34 (janeiro-junho) disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632921006> ISSN 1415-711X

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: Teoria e Pratica**. Porto Alegre: Arte med, 1997.

CABALLO, VICENTE E. **Manual de Técnicas de Terapias e Modificação de Comportamento**. São Paulo. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2007

Dobson, Deborah. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre. Artmed, 2011.

Leahy, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre. Artmed, 2006.

KINAPP, PAULO. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Pratica Psiquiatra**. . Porto Alegre. Artemed, 2007.

KNAPP, Paulo and BECK, Aaron T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, suppl.2, pp.s54-s64. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>.

Kuyken, Willem, Padesky. **Conceitualização de casos colaborativa :o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre : Artmed, 2010.

Rangé, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um dialogo com a psiquiatria**. Porto Alegre. Artmed, 2011.

WRIGHT, Jesse H. **Aprendendo terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrativo**. Porto Alegre, Arte med, 2008.



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE PSICOLOGIA

JOSIVAN TEIXEIRA DE ANDRADE

PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO DO CURSO DE PSICOLOGIA

NATAL/RN

20017

SUMARIO

1 IDENTIFICAÇÃO	3
2 OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVOS GERAIS	4
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTAGIO	5
3.1 DESCRIÇÃO FUNCIONAL DO CAMPO DE ESTAGIO	5
3.2 DESCRIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO	6
4 ATIVIDADE PROPOSTA	7
5 CRONOGRAMA	8
6 BIBLIOGRAFIA	9
7 ANEXOS	10

1. IDENTIFICAÇÃO

ALUNO: Josivan Teixeira de Andrade

MATRICULA: 2013C021308

ÁREA DE ESTAGIO: Clínica

ABORDAGEM: Terapia Cognitivo – Comportamental

LOCAL DE ESTÁGIO: Clinicas Integradas do UNI-RN, Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol (rua lateral à Escola Doméstica), Telefone: (84) 3215 2960

SUPERVISOR ACADÊMICO: Mariana Carla Lucena, CRP - 17/1961

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos que foi adquiridos ao longo do curso de psicologia, da abordagem cognitivo – comportamental, a partir dos atendimentos supervisionados e discussão de casos ao longo do estágio, no intuito de adquirir habilidades no manuseio das técnicas desta abordagem, para assim, habilitar-se de forma competente para adentrar no mercado de trabalho, visando não só o sucesso profissional como também prestar um serviço com completa qualidade, responsabilidade e respeito para com a sociedade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os fundamentos teórico – práticos da terapia cognitivo – comportamental no contexto de atendimento clínico.
- Desenvolver a capacidade da escuta clínica, a partir dos pressupostos da terapia cognitivo – comportamental, no que se refere ao processo terapêutico, diagnóstico e intervenção.
- Facilitar o aprimoramento da prática clínica, do uso da conceitualização cognitiva e das técnicas cognitivos – comportamentais no tratamento de diferentes demandas clínicas.
- Exercitar o aprofundamento teórico-prático da terapia cognitivo – comportamental por meio da elaboração de um TCC.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTAGIO

A área de atuação de atuação é a psicologia clínica, onde nesta área engloba ações voltadas à atenção psicológica dentro de uma visão integradora, exercida em diferentes contextos e situações, visando à promoção de saúde mental de indivíduos. Tenho como supervisor acadêmico Mariana Carla Lucena, CRP - 17/1961. A perspectiva teórica que embasara minhas ações é a terapia cognitivo – comportamental.

A terapia cognitivo – comportamental foi desenvolvido por Aaron T. Beck, no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para a depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). O modelo cognitivo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas do paciente.

As primeiras formulações de Beck centravam-se no papel do processamento de informações desadaptativo em transtornos de depressão e de ansiedade. Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, ele descreveu uma conceitualização cognitiva da depressão na qual os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo, mundo e futuro (a “tríade cognitiva negativa”; Beck, 1963, 1964). A proposta de Beck é de uma terapia cognitivamente orientada, com o objetivo de reverter cognições disfuncionais e comportamentos relacionados, foi então testada em um grande número de pesquisas (Butler e Beck, 2000; Dobson, 1989; Wright et al., 2003).

Desta forma o terapeuta trabalha no intuito de educar o paciente sobre o modelo cognitivo e através das técnicas que ajudam o paciente a monitorar, e corrigir os pensamentos disfuncionais que lhe causa sofrimento.

Partindo do princípio que os pensamentos desadaptativos causam distúrbios psicológicos e, que o paciente é educado sobre este modelo, fazendo com que este, possa vir a ser seu próprio terapeuta, é que me fez optar por esta abordagem.

3.1 Descrição funcional do Local de Estágio

As Clínicas Integradas do UNI-RN oferecem atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço

Social. A unidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

O paciente pode buscar os serviços espontaneamente ou ser encaminhado por médicos, escolas e empresas. Primeiro ele passa por um acolhimento, para, em seguida, ser encaminhado a setor especializado. Além de disponibilizar um serviço de saúde de qualidade, as Clínicas Integradas do UNI-RN capacitam os estudantes para o mercado de trabalho.

A partir de práticas supervisionadas por um docente da área, que define a proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta, o estudante vivencia a realidade profissional.

Funcionamento: segunda a sexta, das 7h30 às 21hAs Clínicas Integradas, que ocupam o espaço construído em 1.542,80m², disponibiliza 64 consultórios confortáveis com equipamentos modernos.

São oferecidos os serviços de atendimentos em grupo e individual, ludoterapia, hidroterapia (piscina térmica), fisioterapia em neurológica, ortopedia e traumatologia, reumatologia, pediatria, angiologia, uroginecologia, cardiorrespiratória e dermato-funcional, e procedimentos básicos de enfermagem como troca de curativos, entre outros serviços em Saúde. Toda a acessibilidade necessária para as pessoas com dificuldade de locomoção é garantida no espaço, que possui ainda um elevador adaptado.

3.2 DESCRIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de trabalho da clinica integrada da UNI-RN, é composta por três funcionários responsáveis pela recepção, onde estes recebem os pacientes, agendam os atendimentos junto com os estagiários, um funcionário na portaria e outro responsável pela limpeza do local, o coordenador de estagio, o supervisor de estagio e o coordenador geral da clinica.

4. ATIVIDADES PROPOSTAS

No início dos atendimentos será atendido um paciente, com uma sessão por semana, ao decorrer do processo, com estabelecimento de vínculo e segurança no atendimento, serão agendados mais dois pacientes, sendo três pacientes no total, podendo ter rotatividade em casos de alta ou desistência. Durante esse processo de estágio serão realizadas supervisões semanais para sanar as dúvidas a respeito dos casos clínicos e da linha teórica com o professor orientador.

5. CRONOGRAMA

Atividades Previstas	1° Semestre				2° Semestre						Total
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Supervisão	12 h	12 h	15 h	12 h	12 h	15 h	12 h	15 h	12 h	6 h	123 h
Atendimento 1	2 h	4h	4 h	5 h	4 h	5 h	4 h	4 h	5 h	2 h	39 h
Atendimento 2	1 h	4 h	4 h	5 h	4 h	5 h	4 h	4 h	5 h	2 h	38 h
Atendimento 3	—	3 h	5 h	4h	4h	5 h	4 h	5 h	4 h	2 h	36 h
Plantão Psicológico	—	4 h	10 h	8 h	8 h	10 h	8 h	8 h	10 h	4 h	70 h
Carga Horária Total	15 h	27 h	38 h	34 h	32 h	40 h	32 h	36 h	36 h	16 h	306 H

6. BIBLIOGRAFIA

BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva: Teoria e pratica.** Porto Alegre: Artemed, 1997.

BECK, Judith s. **Terapia cognitiva para Desafios Clínicos: O que fazer quando o básico não funciona.** Porto Alegre: Artemed, 2007.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrativo.** Porto Alegre: Artemed, 2008.

WILSON, Rob; BRANCH, Rhena. **Terapia Cognitivo-comportamental para leigos.** Rio de Janeiro: Alta books, 2012