



**Intervenções do terapeuta em Terapia Cognitiva Comportamental: estudo
exploratório acerca da utilização da Reestruturação Cognitiva**

Telma Alexandra Fernandes de Araújo - 22734

ISMAI – Instituto Universitário da Maia

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria Anita Carvalho dos Santos

Outubro, 2015

Agradecimentos

Esta página dá-me a possibilidade de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas contribuíram para que concluísse esta etapa.

Ao Instituto Universitário da Maia - ISMAI, especialmente, aos docentes. Obrigada por me fazerem adorar ainda mais Psicologia e, por marcarem o meu percurso académico enquanto aluna do ISMAI.

Quero agradecer, à minha orientadora Dra. Anita Santos, pelo desafio e pela oportunidades de aprender mais sobre este tema. Obrigada pelo apoio e por não me deixar desistir.

Aos meus pais, que me incentivaram a seguir o meu sonho e, que ensinaram que a palavra “desistir” não existe, especialmente, quando queremos fazer algo que nos torna felizes. À minha mãe agradeço as palavras acolhedoras que me confortam nos piores momentos, ao meu pai aquelas piadas que forçam obrigatoriamente um sorriso. Apoiaram-me em todas as minhas decisões, fizeram de tudo para que nada me faltasse e conseguisse terminar o meu curso, um enorme OBRIGADA por estes longos 5 anos.

À Diana, por estares sempre lá!!! Especialmente, por me aturares nos piores momentos e ao longo dos meus 23 anos! OBRIGADA!

Agradeço ainda, à Tânia, pela “pequena” grande ajuda! Um enorme obrigada!

Ao Nuno, agradeço pela paciência e, esta dissertação não seria possível sem o teu apoio e a presença incansável. Agradeço ainda, disponibilidade e dedicação para esclarecer dúvidas e transmitir conhecimentos.

“Quero ser uma estrela que arde até desaparecer...”

Diana Silva

**Intervenções do terapeuta em Terapia Cognitiva Comportamental: estudo
exploratório acerca da utilização da Reestruturação Cognitiva**

Resumo

Atualmente, apesar de a literatura ser vasta, pouca investigação empírica é realizada de modo a providenciar explicações baseadas nas evidências, essencialmente, em relação na compreensão de como e se as técnicas e intervenções do terapeuta contribuem o processo de mudança em TCC. Esta investigação tem como objetivo contribuir para a identificação e evolução das técnicas de reestruturação cognitiva, usadas pelo terapeuta na Terapia Cognitivo Comportamental em dois casos contrastantes, um de sucesso e outro de insucesso. A identificação das diferentes técnicas de reestruturação cognitiva foi efetuada através do Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva (Sousa & Santos, 2015). Os resultados apontam, que existem diferenças no uso de técnicas de RC nas diferentes fases de evolução do processo terapêutico, no caso de sucesso e de insucesso, não só em relação ao número de técnicas utilizadas, bem como, a escolha de técnicas de RC (pensamentos, crenças intermedias, crenças centrais) ao longo das fases do processo terapêutico. Na fase inicial, os terapeutas, tanto o caso de sucesso como de insucesso, recorrem a técnicas de RC que promovam a identificação e evocação de pensamentos automáticos, contudo, a partir da fase intermédia, as técnicas são mais diferenciadas, sendo que no caso de sucesso, as técnicas focam-se na reestruturação de crenças intermédias e centrais, contrariamente ao caso de insucesso, em que o terapeuta não chegam a aprofundar estas técnicas de RC.

Palavras Chave: *Reestruturação Cognitiva; Terapia Cognitiva; Intervenções do terapeuta; Processo Terapêutico;*

Therapist interventions in Cognitive Behavior Therapy: An exploratory study about Cognitive Restructuring Interventions

Abstract

Nowadays, even though there are countless studies, empirical research that provides explanations based on evidences, relatively to the relation of how and if the techniques and interventions of the therapist contribute for changing the therapeutic process TCC is scarcely done. This study aims to contribute to the identification and evolution of the cognitive restructuring techniques used by the therapist in the Cognitive Behavioral Therapy in two opposite cases, of good and poor outcome. The identification of the different cognitive restructuring techniques was possible through the Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva (Sousa & Santos, 2015). The results point out the existing differences in the use of the CR techniques in the different stages of evolution of the therapeutic process, in both good and poor outcome, not only in the number of CR techniques used as well as in the choice of techniques (thoughts, intermediate beliefs, core beliefs) throughout the therapeutic process stages. In the initial phase, the therapists, in both cases, resort to CR techniques that promote the identification and elicitation of automatic thoughts. However, in the intermediate phase, the techniques become more differentiated, where in the successful outcome, the techniques are focused on the reconstruction of intermediate and central beliefs, contrary to the poor outcome case, in which the therapists don't develop these CR techniques.

Keywords: *Cognitive Restructuring Techniques; Cognitive Therapy; Therapist Interventions; Therapeutic Process;*

Índice

Introdução	1
Capítulo I.....	2
Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).....	3
Investigações acerca das Intervenções do Terapeuta	5
A Reestruturação Cognitiva (RC)	8
Método	15
Participantes	15
Terapeutas.....	15
Investigadores.....	17
Instrumentos.....	17
<i>Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva</i>	18
<i>Brief Symptom Inventory</i>	18
<i>Outcome Questionnaire-45</i>	18
Procedimentos	20
Resultados	21
A RC no caso com Sucesso Terapêutico.....	21
Evolução na sintomatologia no caso com Sucesso Terapêutico.....	22
A RC no caso com Insucesso Terapêutico.....	26
Evolução da sintomatologia no caso com Insucesso Terapêutico.....	27
Diferenças de RC no caso de Sucesso e Insucesso Terapêutico.....	30
Discussão	32
Conclusão	34
Referências Bibliográficas	36

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Resultados dos instrumentos psicológicos do BDI-II e OQ-45 dos clientes ao longo do processo terapêutico.....	17
<i>Tabela 2.</i> Classificação dos Grupos e Subgrupos do Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva (SCRC).....	19
<i>Tabela 3.</i> Frequência da utilização das técnicas de RC no caso de sucesso.....	31
<i>Tabela 4.</i> Frequência da utilização das técnicas de RC no caso de insucesso.....	32

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Número de técnicas de reestruturação cognitiva, ao longo do processo terapêutico no caso de sucesso.....	21
<i>Figura 2.</i> Evolução das técnicas de reestruturação cognitiva ao longo das sessões, relativamente ao caso de sucesso.....	22
<i>Figura 3.</i> Sintomatologia medida por instrumentos psicológicos (BDI-II e OQ45.2) e o número de técnicas por sessão, relativamente ao caso de sucesso.....	26
<i>Figura 4.</i> Número de técnicas de reestruturação cognitiva, ao longo do processo terapêutico no caso de insucesso	26
<i>Figura 5.</i> Evolução das técnicas de reestruturação cognitiva ao longo das sessões, relativamente ao caso de insucesso	27
<i>Figura 6.</i> Sintomatologia medida por instrumentos psicológicos (BDI-II e OQ45.2) e o número de técnicas por sessão, relativamente ao caso de insucesso.....	30

Introdução

O presente trabalho de investigação surge para a realização da dissertação para a conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia, no ano letivo 2014/1015. Neste sentido, este estudo pretende identificar as técnicas de Reestruturação cognitiva (RC) utilizadas pelo terapeuta ao longo de dois casos contrastantes, um de sucesso e outro de insucesso em Terapia Cognitiva Comportamental para a depressão. As participantes foram alvo de intervenção psicoterapêutica num ensaio clínico randomizado, no âmbito do projeto “Depressão e Psicoterapia”, coordenado pelo Professor Doutor João Salgado, que se trata de um estudo clínico desenvolvido no ISMAI, com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

A presente dissertação organiza-se em dois capítulos. No primeiro capítulo, é realizada uma revisão da literatura acerca da temática em análise, onde se apresenta a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os estudos mais recentes que abordam as intervenções do terapeuta, sobretudo, a RC. O segundo capítulo apresenta o estudo empírico, onde são descritos os objetivos e as questões de investigação, e o método de investigação. Por fim, são descritos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, terminando com uma breve conclusão acerca de todo o processo, focando nas principais limitações e na relevância deste estudo para futuras investigações.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Recentemente, a mudança em psicoterapia tem sido alvo de crescente interesse por parte dos investigadores. Grande parte dos estudos em psicoterapia direcionam o seu foco para a eficácia das intervenções psicoterapêuticas carecendo de compreensão relativamente ao como e *porquê* as técnicas e intervenções do terapeuta contribuem para o sucesso ou insucesso na mudança do paciente.

Atualmente, apesar de a literatura ser vasta, pouca investigação empírica é realizada de modo a providenciar explicações baseadas nas evidências, essencialmente em relação ao processo de mudança em TCC. Acima de tudo, é importante compreender quais são os fatores que influenciam o processo de mudança, sobretudo, as mudanças cognitivas (Froján, Montañó & Calero, 2010), uma vez que a sintomatologia do cliente podem preceder ou ocorrer devido à intervenção terapêutica, sendo assim, fulcral a existência de novas perspectivas de investigação, como é que o terapeuta contribui para a mudança cognitiva e, posteriormente, na sintomatologia (Braun, Strunk, Sasso & Cooper, 2015). Posto isto, as questões que se tornam alvo de interesse são: *Qual é o papel do terapeuta no processo de mudança? Como evoluem as intervenções do terapeuta ao longo do processo terapêutico? Como se relacionam com os resultados terapêuticos do cliente?*

De forma geral, investigações sobre efetividade, eficácia, focalizadas nas avaliações e intervenções confirmam os efeitos positivos da psicoterapia, culminando no reconhecimento de que muitos tratamentos possuem fortes evidências a seu favor. Contudo, após décadas de pesquisa em psicoterapia, ainda não existe uma explicação baseada em evidência de como ou porque a maior parte das intervenções produz mudança, isto é, o que é fundamental para que um tratamento funcione (Kazdin, 2009).

A ausência de investigações que permitam compreender quais os fatores do terapeuta que influenciam a mudança são salientadas pelos autores, em particular, quais os fatores do

como promotor de mudança (Kazin, 2008; Froján., Calero & Montaña, 2009) e, se a conduta verbal do terapeuta e experiência/competência como terapeuta (Froján., Calero & Montaña, 2009; Elkin, Falconnier, Smith, Canada, Henderson, Brown & McKay, 2014), influenciam o processo de mudança.

Carter e colaboradores (2012) referem que a atenção das investigações deve ser dirigida para as atitudes e comportamentos do terapeuta, tais como: a credibilidade do terapeuta, técnicas, compreensão empática e afirmação do paciente, uma vez que estes produzem um impacto positivo no resultado terapêutico (Orlinsky, Grawe, & Parques, 1994; Lambert & Cevada, 2001; Messer & Wampold, 2002) e é necessário que seja devidamente aprofundado.

Sendo assim, para compreender se a intervenção do terapeuta pode implicar sucesso ou insucesso numa determinada teoria, é necessário primeiramente compreender os pressupostos em que a terapia cognitiva se baseia e qual a(s) forma(s) de intervenção mais utilizadas.

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

A pesquisa e a prática clínica mostraram que a TCC é eficaz na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem farmacologia, numa ampla variedade de perturbações do foro psicológico. Beck aplicou sistematicamente o conjunto de princípios teóricos e terapêuticos da TCC a uma série de perturbações, começando pela depressão, suicídio, perturbações de ansiedade, fobias, perturbações de pânico, perturbações da personalidade e no abuso de substâncias; bem como, em problemas interpessoais e no controlo da raiva, hostilidade e na violência (Kapp & Beck, 2008; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

A Terapia Cognitiva da Depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) tornou-se uma referência base para diversas investigações, e ao longo do tempo, tem sido demonstrado

a sua eficácia num conjunto de estudos recentes (Turkington, Kingdon, & Weiden, 2009; Bockting, 2010; DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2010; Jacobsen, Hansen, Storebø, Simonson & Gluud, 2011; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

A Terapia Cognitiva é baseada no modelo cognitivo, propõem que pensamentos disfuncionais influenciam o humor e o comportamento do paciente, são comuns a todas as perturbações psicológicas. Quando as pessoas conseguem avaliar o seu pensamento de forma mais realista e adaptativo, eles experienciam um progresso/melhoria no seu estado emocional e no seu comportamento. Ao modificarmos a crença do paciente, conseguimos modificar a percepção em relação às situações que ele experiencia no seu dia-a-dia. Os terapeutas intervêm de forma atingir os níveis mais profundos das cognições: crenças de base do paciente sobre o próprio, o mundo e os outros (Beck, 2011).

Na terapia cognitiva, os clientes adquirem competências e aprendizagens sobre o modelo cognitivo com os terapeutas para, quando surgirem experiências negativas, utilizem as competências que foram adquiridas do processo terapêutico e torná-las mais adaptativas. Assim, muitas das competências adquiridas pelos clientes na Terapia Cognitiva, advém, das intervenções do terapeuta, que sistematicamente ajudam o cliente a desenvolver e a realçar as competências de *coping* para lidar com as advertências autonomamente (Adler, Strunk & Fazio, 2015).

Para atingir estes objetivos, foi proposto uma variedade de técnicas cognitivas e comportamentais. A terapia cognitiva não é simplesmente um conjunto de técnicas aplicadas mecanicamente como é frequentemente mal-interpretado. A competência e a capacidade do terapeuta é fundamental para assegurar a eficácia nos processos. É fundamental que o terapeuta estabeleça uma forte relação terapêutica com o paciente, um processo terapêutico denominado de empirismo colaborativo. O paciente e o terapeuta trabalham em conjunto, de

forma a avaliar as crenças do paciente, testando-as de forma a determinar se são adaptativas ou não e, se necessário modificá-las de acordo com a realidade (Kapp & Beck, 2008).

Investigação acerca das intervenções do terapeuta ao longo do processo terapêutico

É fundamental compreender o procedimento de intervenção terapêutica na Terapia Cognitiva Comportamental e, quais os objetivos do terapeuta para cada fase. Desta forma, dá-nos outra perspetiva, sobretudo, a qual deve ser o comportamento do terapeuta ao longo do processo terapêutico e, como deve utilizar as intervenções, sobretudo, as técnicas de reestruturação cognitiva. Froján-Parga, Montaña-Fidalgo & Calero-Elvira (2007) dividem o procedimento de intervenção em Terapia Cognitiva em quatro fases: avaliação; fase da explicação funcional; fase do tratamento; e, por fim, a fase da consolidação das mudanças terapêuticas.

Em relação à fase avaliação, descrevem que é necessário, delinear o problema, para tal, deve ser compreendido na sua globalidade, assim, o terapeuta deve utilizar técnicas para punir ou reforçar o comportamento. Em seguida, a fase da explicação funcional, implica apresentar o racional da terapia, através de técnicas que permitam transmitir conhecimento clínico ao cliente e, apresentar as hipóteses sobre a conceptualização do problema (origens e mecanismos), são também, definidos os objetivos. A fase da intervenção, onde são implementadas técnicas, de modo a promover pensamentos e comportamentos mais funcionais no cliente. Por fim, a fase da consolidação das mudanças terapêuticas, é descrita como fundamental para reforçar todo processo de aprendizagem, é essencial, que o terapeuta foque nas mudanças positivas relacionadas com o problema previamente existente (Froján-Parga, Montaña-Fidalgo & Calero-Elvira, 2007).

Na mesma perspetiva dos autores, relativamente ao procedimento de intervenção, este poderá ser dividido em três fases principais: fase inicial, fase intermédia, fase final.

No que diz respeito à fase inicial, o terapeuta tem diversos objetivos, nomeadamente: avaliação; introduzir ao cliente ao modelo cognitivo; e por fim, lidar com o pessimismo do cliente sobre o processo terapêutico e, péssimo em relação a si (DeRubeis, Webb, Tang & Beck, 2010; Beck, 2011). Nesta fase é frequentemente utilizadas estratégias didáticas e de psicoeducação para familiarizar o paciente com o modelo cognitivo, bem como, evocar e registar as expectativas em relação ao processo terapêutico e, assim, permite um alicerce na qual o paciente vai construir o seu sucesso (DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2011).

De seguida, na fase intermédia, é suposto que já tenha sido realizado o trabalho nas competências cognitivas, assim, o objetivo é solidificar estas mesmas competências. São ainda identificados os esquemas e as crenças, na qual o terapeuta discute com o cliente a conceptualização do caso e como se desenvolvem os esquemas ao longo da via, de modo, a que o cliente compreenda os seus padrões e comportamentos e, a influência da própria perceção em como interpretamos os eventos (DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2011).

Na fase final, são revistos os ganhos e a terapia foca-se na prevenção da recaída. O terapeuta e o cliente antecipam, em conjunto, situações difíceis ou problemáticas que possam surgir no futuro e avaliam e testam as estratégias de *coping* do cliente. Consiste numa fase crucial para promover no cliente a importância das estratégias que aprendeu ao longo do processo terapêutico e, a sua capacidade para lidar com as adversidades autonomamente (DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2011).

Em psicoterapia, a intervenção é predominantemente verbal, razão pela qual é proposto por diversos autores o estudo do comportamento verbal do terapeuta de forma a compreender o fenómeno psicoterapêutico, nomeadamente em função das competências técnicas do terapeuta (Froján, Montaña & Calero, 2010; Wittorf et al., 2013). O modo como o paciente experiencia o processo de mudança pode estar associado à existência de fatores quantitativos e qualitativos na prática e em relação aos anos de experiência do terapeuta que,

consequentemente podem afetar a aliança e o processo terapêutico (Froján-Parga, Ruiz-Sancho, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira, & Alpañés-Freitag, 2011).

Lorenzo, German e DeRubeis, (2014) concluíram que os procedimentos cognitivos são eficazes de aliviar sintomatologia na depressão e promover a mudança cognitiva, independentemente de como são alcançados. Ainda, na mesma perspectiva, da importância das intervenções do terapeuta e a sua influência na sintomatologia, Strunk, Brotman, DeRubeis e Hollon (2010) concluíram que a competência foi um preditor fundamental para a mudança nos sintomas do cliente ao longo das sessões na TCC, revelando que os fatores que causam maior impacto e que são preditores de sucesso terapêutico são: a agenda; o foco nas cognições e comportamentos; ritmo da sessão e uso eficiente do tempo; o trabalho de casa; e por fim, a aplicação das técnicas da TCC. Assim, é importante compreender como o terapeuta controla e como as intervenções evoluem ao longo do processo terapêutico.

Contudo, a metodologia para investigar as verbalizações do terapeuta e a reestruturação cognitiva é escassa, poucos autores desenvolveram processos semânticos para analisar as verbalizações do terapeuta e as técnicas de reestruturação cognitiva e, acima de tudo, os resultados foram pouco conclusivos (Froján-Parga, Calero-Elvira & Montaña-Fidalgo, 2007). Existem ainda outros instrumentos que permitem analisar o conteúdo das declarações do terapeuta e cliente como o Verbal Response Mode (Stiles, 1992): é um sistema que classifica verbalizações em: Revelação; Edificação; Questionamento; Conhecimento; Aconselhar; Confirmação; Interpretação; Reflexão. Ainda, com o mesmo objetivo, existe o instrumento Psychotherapy Process Q-Set (Jones & Pulos, 1993), constituído por 100 itens apresentados em cartões individuais e um manual com descrições e exemplos operacionais dos itens. Os itens podem ser classificados em três grandes grupos: 1) atitudes, comportamentos ou experiências do paciente; 2) comportamentos e atitudes do terapeuta; 3) interação paciente/terapeuta.

Atualmente, os autores Froján-Parga, Ruiz-Sancho, Montañó-Fidalgo, Calero-Elvira, e Alpañés-Freitag (2008) usaram como metodologia de investigação a observação e análise de sessões terapêuticas gravadas. Assim, construíram o *Subsistema de Categorização da Conduta Verbal do Terapeuta (SISC-CVT)*, que preconiza a análise funcional da interação terapeuta-cliente através de categorias e sistemas que sejam facilitadoras de identificação ao longo processo da terapia e que possibilite observar as mudanças que ocorrem no contexto clínico, cujo foco é o comportamento do terapeuta. Este sistema inclui categorias como: função discriminativa, função evocação, função de reforço, função castigo, função informativa, função instrutiva, função motivadora.

Froján, Montañó & Calero (2010), através da metodologia de investigação anteriormente referida, analisaram quatro casos clínicos ao longo de 16 sessões. Os resultados, permitiram identificar padrões no comportamento verbal do terapeuta e, que existe predominância de determinadas categorias ao longo das fases terapêuticas. Na fase de avaliação, houve predomínio de categorias como; a função de reforço e função discriminativa; e, menos frequentes as funções informativas, instrutivas e motivacionais. Ainda, salientam, que o comportamento verbal mais frequente do terapeuta, foi o uso da informação, sobretudo, quando o terapeuta tenta explicar o racional da terapia ou explora possibilidade de outras interpretações/pontos de vista com o cliente.

A reestruturação cognitiva (RC)

A terapia cognitiva de Beck foi a primeira a introduzir os conceitos de reestruturação cognitiva, contudo, ao fim de 40 anos, autores ainda referem dificuldades em compreender a influência das técnicas e a sua influência no procedimento terapêutico, sobretudo, dúvidas em relação aos efeitos da reestruturação cognitiva como mecanismo de mudança (Burns & Spangler, 2001; Calero-Elvira, Froján-Parga, Ruiz-Sancho & Alpañés-Freitag, 2013). Assim, esta terapia tem como principal objetivo reestruturar e corrigir esses mesmos

pensamentos distorcidos, para que seja possível desenvolver soluções que fomentem a mudança e consecutivamente melhorem as dificuldades emocionais. Estes pensamentos são designados de pensamentos automáticos, ou seja, a maioria das pessoas não tem consciência de que estes pensamentos ocorrem e que causam impacto no seu quotidiano, a não ser que estejam treinadas para identificá-los.

Face a este pressuposto, autores como Hundt, Mignogna, Underhill e Cully (2013), examinaram 24 estudos, com o objetivo de compreender se os resultados do processo terapêutico, se deviam há qualidade da aprendizagem de estratégias cognitivas dos clientes com o terapeuta, ao modelo Terapia Cognitivo Comportamental. Concluíram que o progresso e o resultado terapêutico, estavam associados à qualidade da reestruturação cognitiva (Rude, 1986) e ao conhecimento sobre como usar as competências da TCC no seu quotidiano (Macrodimitris et al., 2010; Macrodimitris et al., 2011). Referem ainda, que é fundamental que os terapeutas utilizem oportunidades para promover no paciente autonomia para utilizar técnicas de reestruturação cognitiva no seu quotidiano podendo, frequentemente, ao longo do processo terapêutico, rever o racional do modelo cognitivo, rever a perceção do cliente em relação às competências cognitivas que pode utilizar no seu quotidiano e, por fim, promover competências de resolução de problemas (Hundt, Mignogna, Underhill & Cully, 2013)

Assim, a RC é um conjunto de técnicas específicas da terapia cognitiva comportamental que permite ao indivíduo modificar o seu pensamento e o direciona para que as suas crenças e pensamentos sejam o mais adaptativos possível. Face a isto, é uma competência necessária ao terapeuta, visto que aquisição e aplicação destas técnicas permitem reduzir significativamente sintomatologia psicológica (Braun, Strunk, Sasso & Cooper, 2015).

“Nas terapias cognitivas e comportamentais, a reestruturação cognitiva e aceitação são dois conceitos centrais, associados à escolha de intervenções terapêuticas, bem como, à compreensão de como devem ser aplicadas às intervenções para mediar os resultados do tratamento” (Wolgast, Lundh & Viborg, 2013, pág. 340). Os mesmos autores, defendem que para aumentar a compreensão sobre reestruturação cognitiva como preditor no processo terapêutico, é necessário, primeiramente, identificar os conceitos da reestruturação cognitiva como mediadores de mudança e, posteriormente, investigar sob o ponto de vista do terapeuta e do cliente qual a compreensão e interpretação que ambos atribuem à reestruturação cognitiva.

Calero-Elvira e colaboradores (2013) propõem que as mudanças envolvem a modelagem de novos comportamentos e, assume-se que este processo ocorre devido a troca verbal entre o terapeuta e o cliente, em particular, através de estratégias que permitam reforçar os comportamentos adaptativos e punir/extinguir os desadaptativos. Esta perspectiva já foi defendida anteriormente por outros autores (Hamilton, 1988; Poppen, 1989; Rosenfarb, 1992; Follette, Naugle & Callaghan, 1996). O processo de reforço verbal foi examinado experimentalmente e, foi demonstrado que tem maior impacto com outras estratégias, tais como, exposição e dessensibilização (Barlow, Agras, Leitenberg, & Wincze, 1970; Hamilton & Schroeder, 1973; Ullman, Krasner, & Collins, 1961), assim, as técnicas cognitivas e verbais são fundamentais no processo terapêutico.

Apesar da escassez de estudos, existe alguns que se focam na TCC e nas técnicas de reestruturação cognitiva utilizadas pelo terapeuta e como beneficiam a eficácia do processo de mudança, em diversas populações-alvo. As técnicas cognitivas têm sido distinguidas, por diversos autores (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) que têm influenciado e contribuído com uma variedade de técnicas ao longo do tempo, sobretudo, em relação ao método/questionamento socrático, técnicas associadas à terapia cognitiva.

O método socrático é essencialmente definido com um diálogo entre o terapeuta e o paciente, cujo intuito do paciente tomar consciência do seu pensamento distorcido; consiste na promoção da capacidade do paciente em refletir adequadamente sobre as suas cognições e posteriormente, desenvolver e implementar competências de modificação dos seus pensamentos disfuncionais, sobretudo através de técnicas de debate e questionamento cognitivo; ou seja, para que obtenha *insight* e posteriormente se sentir mais guiado. Durante as sessões, o terapeuta solicita ao paciente o seu feedback por forma a esclarecer qualquer dúvida que possa surgir por parte do deste (Calero-Elvira, Froján-Parga, Ruiz-Sancho & Alpañés-Freitag, 2013; Braun, Strunk, Sasso & Cooper, 2015).

Braun, Strunk, Sasso, e Cooper (2015) realizaram uma investigação com o objetivo de compreender o uso do questionamento socrático utilizado pelo terapeuta, como preditor de mudança na sintomatologia depressiva em TCC ao longo de 16 sessões. A amostra era composta por 55 participantes que tivessem sido diagnosticados com a perturbação depressiva major. Concluíram que o questionamento socrático é relevante para os resultados terapêuticos, bem como, na redução significativa dos sintomas depressivos. Os autores, referem que, este é o primeiro estudo que fornece evidência sobre as técnicas de reestruturação cognitiva, em particular, o questionamento socrático em relação aos ganhos terapêuticos, sendo a técnica significativa relevante, mesmo controlando outras variáveis, tais como a aliança terapêutica e concordância entre terapeuta-cliente, frequentemente associadas à mudança terapêutica (Horvath, Del Rey, Fluckiger & Symonds, 2011).

Overholser (2011) refere que se avance para o uso de estratégias e técnicas específicas para a mudança cognitiva é necessário, primeiramente, que o terapeuta compreenda o problema do cliente do ponto de vista interno do mesmo, através de técnicas como descoberta guiada e empirismo colaborativo, que, apesar de associados aos princípios orientadores da TCC (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, 2011),

raramente são referenciados. A descoberta guiada envolve o uso de questões, frequentemente focadas na exploração do problema, aprendizagens e na solução de problemas (Tee & Kazantzis, 2011).

As sessões de terapia podem beneficiar da integração de empirismo colaborativo, descoberta guiada e método socrático, além disso, pode ainda ser útil combinar estes processos com competências de escuta ativa e aliança terapêutica, fatores também salientados na TCC (Overholser, 2011). Contudo, a RC não se baseia somente nestes processos que são frequentemente utilizados em investigações, mas raramente, são descritos de forma detalhada e aprofundada. “A terapia cognitiva acarreta um conjunto de técnicas para modificar pensamentos, humor e comportamentos, por exemplo, técnicas associadas à solução de problemas, são essenciais para intervenções” (Beck, 2011, pág. 11), na qual, são utilizadas várias técnicas cognitivas como a identificação, questionamento e correção de pensamentos automáticos, reatribuição, ensaio cognitivo e outros procedimentos terapêuticos de imagens mentais.

Wittorf e colaboradores (2013), num estudo que investiga associação entre os processos de mudança experienciada pelo paciente e as técnicas gerais e específicas utilizadas em TCC, concluíram que técnicas, em particular, descoberta guiada pode apresentar risco para deteriorar a relação terapêutica caso seja utilizada precocemente, contudo, os terapeutas devem utilizar sistematicamente técnicas como feedback, compreensão, colaboração empática e psicoeducativa para gerar experiências positivas e fortalecer a aliança, uma vez que têm como objetivo ajudar os pacientes a identificar e, por outro lado, a monitorizar pensamentos automáticos, reconhecendo as relações que existem entre cognição, afeto e comportamento. (Knapp & Beck, 2008). Após isto, o terapeuta deve direcionar técnicas específicas para a RC, sendo crucial a forma como as técnicas são

implementadas para que os pacientes experienciem um processo positivo de mudança com a TCC, tal processo ainda não foi devidamente estudado (Wittorf et al.,2013).

Na mesma perspectiva, Overholser (2011) defende que é importante que o terapeuta utilize técnicas que promovam a autonomia e a tomada de decisão nos clientes e que não devem pressionar os clientes para a mudança, uma vez que pode ter implicações na terapia e na sua eficácia.

O insucesso terapêutico, por sua vez, tem sido menos estudado. Alguns estudos, começam a abordar fatores possam influenciar a eficácia da TCC para a depressão, nomeadamente, compreender o porquê dos casos de insucesso, uma vez que nem todas as pessoas podem beneficiar deste tipo de intervenção. Porém, as investigações focam-se nas características individuais dos clientes (Sasso & Strunk, 2013; Koenig, Jarret, Gallop, Barret & Thase, 2014) ou o que terapeutas associam como características dos clientes que possam ser preditores de insucesso (Frei & Peters, 2012) e não no terapeuta como fator que pode influenciar o insucesso ou que variáveis contextuais influenciam fatores como a responsividade ou as verbalizações do terapeuta durante o processo terapêutico (Gibbons, Crits-Christoph, Levinsin, & Barber, 2003).

Por sua vez, Beck aborda quais os principais problemas com que terapeuta pode deparar no contexto terapêutico e quais são as melhores sugestões para lidar com clientes difíceis, por exemplo, “um problema existe quando o paciente responde com um feedback negativo (e.g. “*Não está a perceber o que eu estou a dizer*”) (Beck, 2011, pág. 347). Refere ainda, que terapeutas inexperientes ou de uma modalidade terapêutica menos diretiva podem ter dificuldades em estruturar as sessões. Assim, os terapeutas podem sentir algumas dificuldades, nomeadamente: a) o medo de interromper os clientes; b) não socializar com o paciente devidamente sobre o modelo cognitivo, à partida estes não estão familiarizados com TCC; c) envolvimento do paciente pode ser um problema quando o cliente não tem os

próprios objetivos clarificados; d) Aliança terapêutica, em que o paciente apresenta resistências.

Deste modo, há a possibilidade de perceber a adesão às sessões estruturadas, ou seja, requerer feedback no final das sessões, periodicamente conferir se o cliente está a compreender e aprofundar as questões ao longo da sessão e, por fim, evocar pensamentos automáticos quando o terapeuta sentir uma mudança de afeto na sessão. Outra indicação, da existência de um problema no processo terapêutico é a não progressão ou deterioração na funcionalidade ou humor do cliente, em que nas primeiras sessões há uma diminuição da sintomatologia depressiva, porém, não consegue progredir ao longo de várias sessões Beck, 2011).

A mudança cognitiva é associada como fundamental e uma consequência benéfica da TCC, contudo, ainda carecem estudos no sentido de determinar como a mudança cognitiva é alcançada. Autores como Adler, Strunk e Fazio (2015) referem que é necessário clarificar a natureza destas mudanças. Contudo, as investigações ainda não clarificaram os mecanismos de mudança que explicam os efeitos da RC ou do método socrático, bem como, a sua influência na mudança cognitiva e na sintomatologia (Burns & Spangler, 2001; Garrat, Ingram, Rand & Sawalini, 2007; Longmore & Worrell, 2007; Muran et al., 1995; Szentagotai, David, Lupu, & Cosman, 2008; Fentz et al. 2013). O estudo acerca das intervenções e da técnica dos terapeutas TCC iria contribuir para uma melhor compreensão da mudança dos clientes, mas também para uma clarificação dos processos de treino e supervisão de terapeutas em TCC. Deste modo, o presente trabalho pretende realizar uma investigação exploratória acerca do processo terapêutico em TCC, nomeadamente tentando compreender como é que se caracterizam as intervenções de RC do terapeuta e como se relacionam com o sucesso ou insucesso terapêutico dos clientes.

Capítulo II – Estudo Empírico

Questões de investigação e objetivos

A presente dissertação pretende contribuir para o estudo das intervenções do terapeuta que são usadas ao longo da TCC em dois casos contrastantes, um de sucesso e outro de insucesso. Assim, pretende-se identificar as estratégias de reestruturação cognitiva utilizadas pelo terapeuta e compreender como evoluem ao longo do processo terapêutico. As questões que orientam o presente trabalho são:

- Quais as técnicas de reestruturação cognitivas (RC) mais utilizadas pelo terapeuta ao longo dos processos terapêuticos?
- De que forma evolui a utilização das técnicas de RC nas diversas fases dos processos com sucesso e com insucesso terapêuticos em TCC?

Método

Participantes

A presente investigação realizou-se com dois casos clínicos contrastantes (um de sucesso e outro de insucesso), com diagnóstico de perturbação depressiva major moderada. Os casos foram alvo de uma intervenção manualizada, de acordo com o modelo da Terapia Cognitivo Comportamental (Beck, 1979), com a duração de 16 sessões de psicoterapia semanais.

As participantes foram alvo de intervenção psicoterapêutica no âmbito do projeto “Depressão e Psicoterapia”, coordenado pelo Professor Doutor João Salgado, que se trata de um estudo clínico desenvolvido pelo ISMAI, com o financiamento da Fundação para a

Ciência e Tecnologia, tendo como principal objetivo a comparação entre a duas terapias, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Terapia Focada nas Emoções (TFE) relativamente à eficácia do processo em indivíduos com depressão ligeira a moderada.

Em seguida os casos descritos vão ser designados, nomeadamente, Leonor no caso de sucesso e Clara no caso de insucesso, de modo a garantir a confidencialidade e o anonimato das clientes.

No que respeita ao caso de sucesso, no caso Leonor, a cliente durante o período de intervenção, tinha 33 anos, era casada, possuía um curso superior e estava desempregada e foi diagnosticada com perturbação depressiva major, recorrente, moderada.

Em relação a este caso, o resultado do BDI-II (Beck et al., 1996), quando aplicado na sessão de avaliação, foi de 25 pontos e o OQ-45 (Lambert et al., 2004) de 97 pontos, o que demonstra sintomatologia clinicamente significativa. No final da terapia (16ª sessão), o caso apresentou um total de 0 pontos no BDI-II e 17 pontos no OQ-45. Esta diminuição significativa dos sintomas gerais e depressivos pressupõe o sucesso da intervenção terapêutica.

No que respeita ao caso de insucesso, no caso Clara, a cliente tinha 27 anos, solteira, possui um curso superior e estava empregada, foi diagnosticada com perturbação depressiva major, recorrente, moderada. O resultado do BDI-II (Beck et al., 1996), quando aplicado na sessão de avaliação neste caso, foi de 30 pontos e o OQ-45 (Lambert et al., 2004) de 83 pontos, o que significa que a sintomatologia geral e depressiva da cliente se revelam clinicamente significativas para serem alvo de intervenção. Porém, no final da terapia (16ª sessão), o caso apresentou um total de 17 pontos no BDI-II e 66 pontos relativamente ao OQ-45, considerando-se assim, um caso de insucesso terapêutico.

A tabela 1, em seguida apresentada, ilustra as pontuações do BDI e do OQ-45 relativas aos clientes desde a primeira à décima sexta sessão.

Tabela 1

Resultados dos instrumentos psicológicos do BDI-II e OQ-45 dos clientes ao longo do processo terapêutico

Resultado	Casos		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
Terapêutico							
Sucesso	Leonor	BDI-II	30	35	31	6	17
		OQ-45	83	99	77	57	66
Insucesso	Clara	BDI-II	25	21	1	1	0
		OQ-45	60	48	24	17	17

Terapeutas

O caso Leonor foi seguido por uma terapeuta do sexo feminino com 35 anos de idade, com 11 anos de experiência clínica.

O caso Clara foi seguido por uma terapeuta do sexo feminino com 32 anos de idade, com 8 anos de experiência clínica.

Investigadores

Os investigadores foram dois juízes, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, ambos com diferentes graus académicos. Assim, uma das juízas é a autora da tese, licenciada em psicologia e frequenta o último ano do mestrado em psicologia clínica e da saúde, o outro

juiz possui o Mestrado de Psicologia clínica e é estudante de doutoramento em psicologia clínica.

Avaliação dos resultados terapêuticos

De modo a avaliar os resultados terapêuticos, estabeleceu-se um protocolo de avaliação administrado em diferentes momentos ao longo da terapia: na primeira sessão, na quarta, na oitava, na décima segunda, na décima sexta, na última e na sessão de *follow-up* (após seis meses).

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O BDI-II permite avaliar a sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos através do seu questionário constituído por 21 questões, Os itens são apresentados numa escala de 4 pontos de Likert (0-3), em que o total de valores varia entre 0 e 63. É imprescindível salientar, que de 0 a 13 pontos, não existe sintomatologia significativa depressiva, de 14 a 19 pontos são considerados depressão ligeira, de 20 a 28 pontos indica o diagnóstico depressão moderada e, por fim, de 29 a 63 pontos considera-se que a cliente apresenta depressão grave (Beck, Steer & Brown, 1996, versão portuguesa adaptada por Coelho, Martins e Barros, 2002).

Outcome Questionnaire (OQ-45)

O OQ-45 é um questionário relacionado com o progresso clínico da cliente ao longo do processo terapêutico, que permite avaliar três aspetos fundamentais: o desconforto subjetivo; as relações interpessoais; e por fim, o desempenho do papel social. É preenchido pelo cliente e composto por 45 itens, que são cotados numa escala de 5 pontos do tipo Likert (0-4), sendo a distribuição destes itens pelas três dimensões a seguinte: desconforto subjetivo composto

por 25 itens, relações interpessoais por 11 itens, e o desempenho do papel social por 9 itens (Lambert et al., 1996, versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006).

Medidas de processo

Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva

O Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva – SCRC (Sousa & Santos, 2015) tem como objetivo caracterizar as intervenções do terapeuta, sobretudo, em relação às técnicas de reestruturação cognitiva utilizadas pelos terapeutas em Terapia Cognitivo Comportamental. É organizado numa lista extensa das principais técnicas numeradas de 1 a 56, bem como, a sua descrição e exemplos/formulações das técnicas, retiradas das obras de Aaron Beck e colaboradores (1979), Judith Beck (2011) e Robert Leahy (2003).

Assim, as técnicas de reestruturação cognitiva (RC) estão agrupadas em 5 grandes grupos, cada um contendo diferentes subgrupos.

Tabela 2

Classificação dos Grupos e Subgrupos do Sistema de Codificação das Técnicas de Reestruturação Cognitiva (SCRC)

Grupo	Subgrupo
I - Identificação e evocação de pensamentos automáticos	A - Socialização do cliente ao modelo cognitivo
	B - Identificação e evocação dos pensamentos automáticos
II - Avaliação de pensamentos automáticos	C - Diálogo/questionamento socrático
	D - Exame das evidências

III - Identificação e modificação de crenças intermédias	E - Psicoeducação sobre crenças intermédias
	F - Identificação de um pressuposto ou crença intermédia
	G - Reestruturação dos pressupostos ou crenças intermédias
IV - Identificação e modificação de crenças centrais	H - Identificação e Modificação das crenças centrais
V - Resolução de problemas	Z - Resolução de problemas

Contudo, estas técnicas possuem utilidade transversal, pelo que é frequente identificar técnicas classificadas em determinado grupo/subgrupo a serem utilizadas para outros objetivos (ex. as técnicas de diálogo socrático (grupo II e subgrupo C) podem ser utilizadas para modificar crenças intermédias ou centrais (grupos III e IV) (Sousa & Santos, 2015).

Procedimentos

Os casos clínicos foram previamente transcritos e as sessões foram lidas de forma a familiarização com o caso, de forma cega em relação ao seu resultado terapêutico.

Em seguida, realizou-se a identificação e codificação do registo das técnicas de reestruturação cognitiva com o SCRC (Sousa & Santos, 2015) nas sessões: primeira, quarta, oitava, décima segunda e última. É de salientar, que inicialmente a codificação consiste na identificação das técnicas de reestruturação cognitiva pelos dois juízes de forma independente, sendo, posteriormente em reunião discutidos e registado o acordo da identificação dos RC. A fidelidade entre os juízes foi calculada pelo Kappa de Cohen, obtendo-se o valor de .828, cujo valor indica fidelidade elevada.

Para análise dos dados utilizou-se o Microsoft Office Excel de forma a obter medidas descritivas e ao SPSS para o cálculo do Kappa de Cohen.

Resultados

De modo global, inicia-se por ilustrar a evolução das técnicas e frequência das mesmas ao longo das sessões analisadas nos casos clínicos. Posteriormente, apresenta-se graficamente o número de técnicas, bem como, identificação das técnicas, ilustradas a partir do SCRC, mais utilizadas ao longo das sessões. Na fase seguinte, apresentam-se os resultados dos casos de sucesso/insucesso, com exemplos de verbalizações que melhor descrevem as técnicas de RC e, uma explicação de como evoluem as técnicas nas diferenças sessões e, por fim, procura-se explicar qual as principais diferenças.

Em seguida, serão graficamente apresentadas a evolução do número de técnicas utilizadas, bem como, quais as mais frequentes ao longo do processo terapêutico (1ª, 4ª, 8ª, 12ª e 16ª sessão) no casos de sucesso e insucesso.

A RC no caso com sucesso terapêutico

No que respeita ao caso de sucesso, podemos observar que, o número de estratégias, aumenta a sua frequência entre a 1ª e a 8ª sessão e, conseqüentemente, nas últimas sessões (12ª e 16ª). Nestas sessões o número de técnicas, deixa de ser tão evidenciada, uma vez que o processo está a ser concluído e, verifica-se que o terapeuta já não necessita de utilizar frequentemente as técnicas de reestruturação cognitiva.

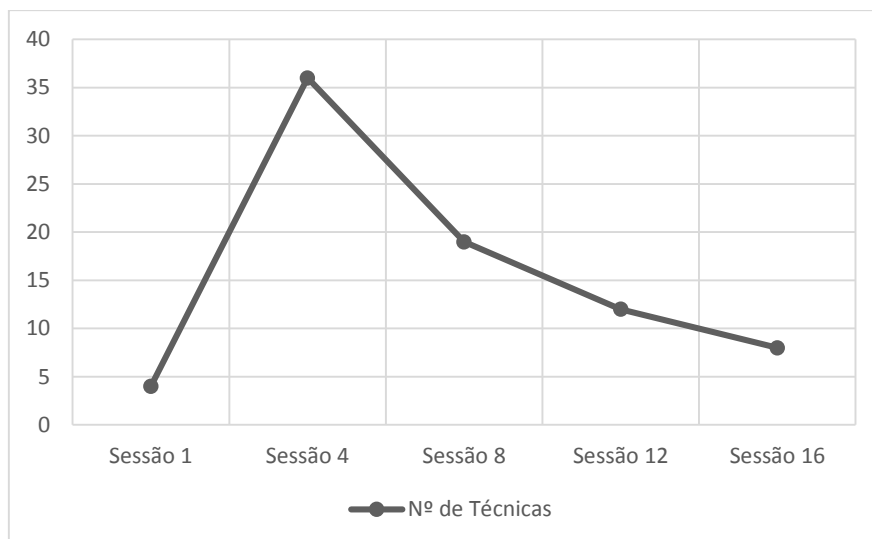


Figura 1. Número de técnicas de reestruturação cognitiva, ao longo do processo terapêutico no caso de sucesso.

Ainda, para verificar esta evolução, foi necessário também, compreender quais as principais técnicas de reestruturação cognitiva utilizadas pelo terapeuta e qual o seu objetivo, pelo que serão descritas mais pormenorizadamente em seguida.

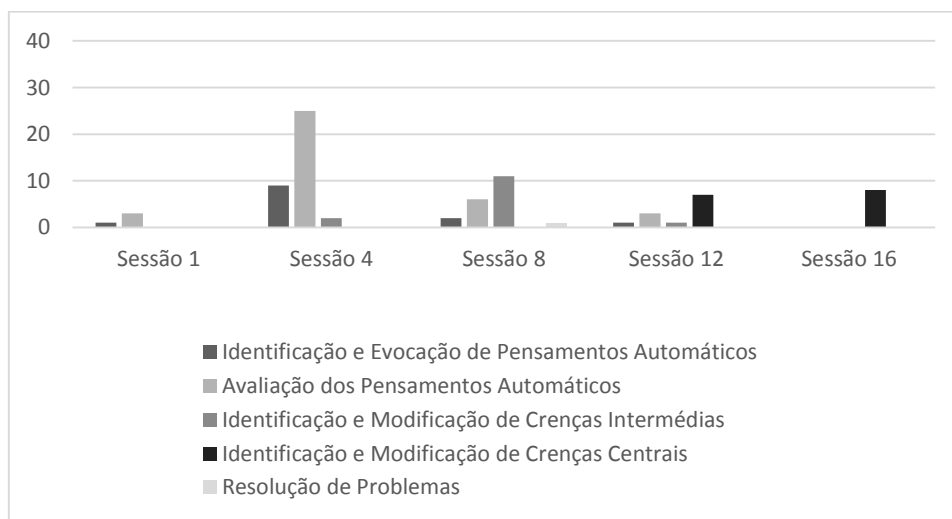


Figura 2. Evolução das técnicas de reestruturação cognitiva ao longo das sessões, relativamente ao caso de sucesso.

Conforme se verifica na figura 2, acima graficamente representada, à medida que o processo terapêutico evolui, as técnicas variam com objetivos diferentes.

Na sessão 1, as técnicas mais frequentemente utilizadas focam-se na identificação e evocação de pensamentos automáticos. O terapeuta inicialmente segue o cliente, na medida em que reafirma a compreensão da problemática, muitas vezes através do uso da adivinhação do pensamento, sendo positivamente validado pelo cliente. Ainda, o terapeuta procura essencialmente, examinar e avaliar os pensamentos automáticos subjacentes às temáticas que a cliente revela como problemáticas, através de técnicas como exame de evidências e questionamento socrático.

São de salientar algumas verbalizações por parte do terapeuta que melhor demonstram, tais como:

T: e houve de facto esse tipo de comentários entre as pessoas que com quem está?

[Técnica: **Examinar a validade do pensamento automático**]

T: faça sentir-nos úteis de alguma forma, não é? [Técnica: **Adivinhação do pensamento**]

Na sessão 4, é a fase em que o terapeuta utiliza com maior número de estratégias de reestruturação cognitivas distintas. À partida o cliente, está familiarizado com o modelo cognitivo, logo o terapeuta além de evocar pensamentos auxilia, sobretudo, o cliente a desenvolver explicações alternativas para as situações, diferente dos pensamentos automáticos e, com o objetivo de incutir no cliente, a resolução de problemas e a escolha alternativas mais adaptativas. Nesta fase, evocar o maior número de pensamentos automáticos nas áreas problemáticas do cliente e a modifica-los e a reestruturar para estratégias mais adaptativas.

É importante ainda referir, que o terapeuta aqui já introduz técnicas de identificação e modificação de crenças intermédias, tais como, uso da concetualização de caso e, profecias auto-realizáveis

T: e o que é que pensa Leonor? Quando ela lhe disse “ah eu até pensei a Leonor nunca trabalha” o que é que lhe veio naquele momento à cabeça? O que é que a desorientou?

[Técnica: **Evocar Pensamentos Automáticos**]

T: o que é que pensou em alternativa? Repare como diz o lógico, mas não fez. O que é que pensou em alternativa? Qual foi o pensamento que ativou na altura que a impede de fazer o hábito, que é lógico. O que é que terá acontecido naquele momento? [Técnica:

Explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista]

Já na sessão 8, revela um aumento na frequência do uso de técnicas de identificação e modificação de crenças intermédias, tais como, o uso da conceptualização de caso e o desenvolvimento de novos padrões e pressupostos adaptativos, que surgem como mais frequentes. Assim, objetivo do terapeuta é encorajar ao cliente que este conheça como os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos estão interligados, assim, permitir que o mesmo desenvolva outras crenças mais flexíveis e realistas, incentivando-o a procurar alternativas funcionais.

Assim, descreve-se um exemplo que melhor exemplifica a reflexão anterior.

T: Se fossemos nós, como é que teríamos reagido?

T: O que ia significar para nós errar por exemplo nessa tarefa

T: E isso significa o que para si? [Técnica: **Seta descendente**]

T: (...) Da mesma forma, que calhar na nova função que venha a desempenhar, no âmbito profissional, vai ser como começar de novo, começar de novo faz parte. Da mesma forma que a criança começa a gatinhar, levanta-se e cai isto são o quê? São as primeiras não é? Faz parte e é assim que se aprende, com este feedback, com esta opinião...com a critica visto de um ponto do lado positivo com faz o José que é ‘ainda bem que ele deu por ela porque senão ia ser chato’...Não é a ideia de que ‘ai que horror ele agora deu por ela, o que é que vai pensar de mim?’ (Técnica: **Desenvolvimento de novos padrões e pressupostos adaptativos**)

Na sessão 12, existe diminuição do número de técnicas de reestruturação cognitiva, contudo, com o final do processo terapêutico torna-se importante focar na modificação de crenças centrais, sobretudo, no fortalecimento de novas crenças e promove que o cliente examine as suas experiências, tendo como objetivo que este seja capaz de reconhecer no futuro a informação positiva autonomamente e discriminar os pensamentos automáticos disfuncionais.

É de salientar, que algumas técnicas classificadas nos grupos de identificação e avaliação de pensamentos automáticos, aparecem frequentemente com o objetivo de identificar e modificar as crenças centrais, e que o cliente adote uma perspetiva diferente das suas experiências. Assim, ao promover o questionamento do próprio paciente da forma como via anteriormente as suas experiências, permite o contraste e fortalecer a visão atual.

T: (...) A nível de interpretação, esses cenários a forma como os víamos o que é mudou? quais são os pensamentos, que hoje usamos para ler essas situações...que são de alguma forma diferentes daqueles que usávamos antes para ler essas situações? [Técnica: **Desenvolver uma nova crença central**]

T: A questão do desempenho, não é?

T: Como é que contorna? [Técnica: **Fortalecer novas crenças centrais**]

Por fim, na sessão 16, todas as técnicas utilizadas pelo terapeuta são com o objetivo de identificação e modificação de crenças centrais, com o objetivo de fortalecer as novas crenças e assegurar que o cliente tenha as competências cognitivas necessárias para manter as novas crenças.

T: Porquê a diferença agora? Como é que hoje olhamos para este este cenário? E e interpretamos de modo diferente? [Técnica: **Fortalecer uma nova crença central**]

T: E nós Leonor? Também nota alguma diferença na forma como também aborda a mãe? Como esta à conversa com ela? Acha que esta mudança pode ser também produto de uma mudança da nossa parte ou não nos imbui necessariamente à díade

de mãe e filha? [Técnica: **Desenvolvimento de novos padrões e pressupostos adaptativos**]

Evolução da sintomatologia depressiva

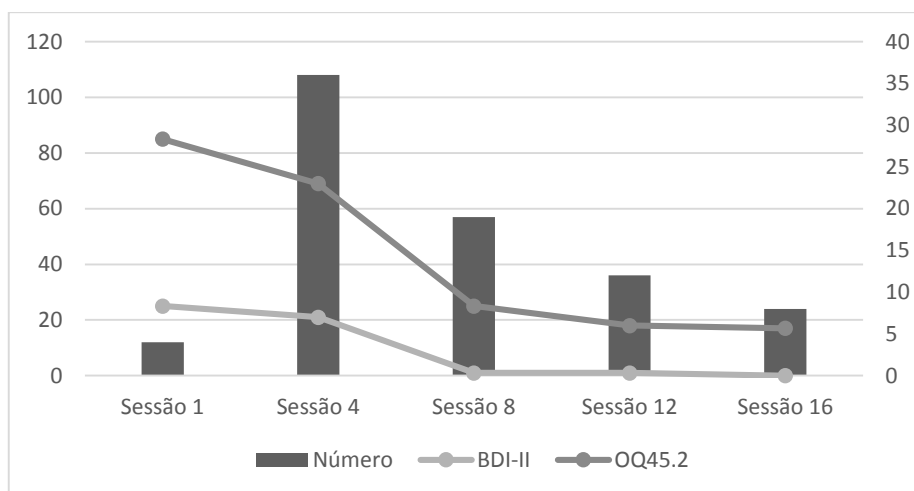


Figura 3. Sintomatologia medida por instrumentos psicológicos (BDI-II e OQ45.2) e o número de técnicas por sessão, relativamente ao caso de sucesso.

Na figura 5, observou-se uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva nos dois instrumentos psicológicos, o que permite identificar o caso como sucesso. Analisando a evolução das técnicas de RC e a sintomatologia, depreende que quanto está elevada sintomatologia depressiva, existe maior frequência de técnicas de RC, possivelmente porque nesta fase inicial, o trabalho cognitivo é fundamental, para reestruturar as crenças desadaptadas que mantém a sintomatologia.

A RC no caso com insucesso terapêutico

Relativamente ao caso de insucesso, as técnicas aumentam gradualmente ao longo do processo terapêutico.

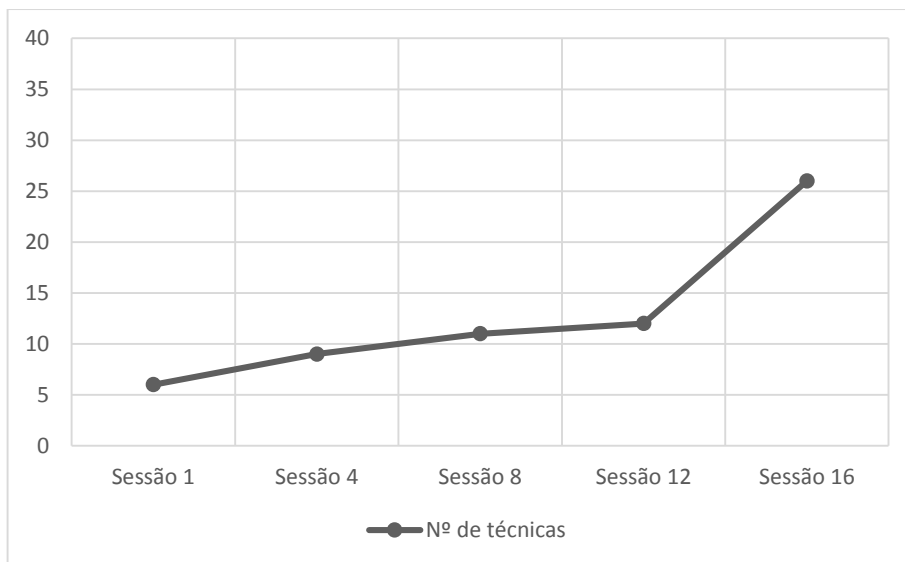


Figura 4. Número de técnicas de reestruturação cognitiva, ao longo do processo terapêutico no caso de sucesso.

Relativamente, às técnicas de reestruturação cognitiva utilizadas durante o processo terapêutico do caso de insucesso, os dados em seguida indicam, que o terapeuta utiliza maioritariamente, técnicas de identificação e avaliação de pensamentos automáticos e, carece o uso de técnicas de modificação de crenças intermédias/centrais.

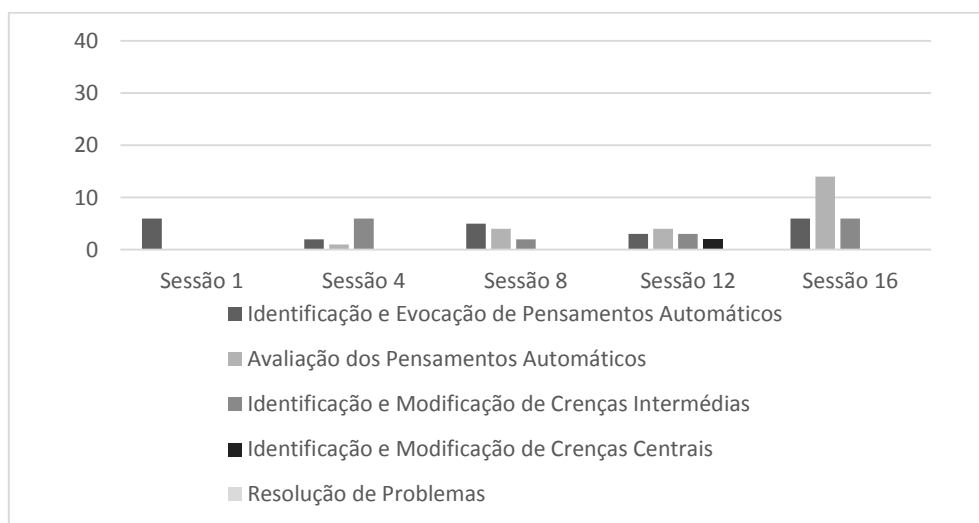


Figura 5. Evolução das técnicas de reestruturação cognitiva ao longo das sessões, relativamente ao caso de insucesso.

Na sessão 1, as técnicas utilizadas pelo terapeuta são sobretudo, evocar pensamentos automáticos. São de expostas algumas verbalizações por parte do terapeuta que melhor demonstram, tais como:

T: Quando racionaliza esta relação, o que é que pensa sobre ela? [Técnica: **Evocar pensamentos automáticos**]

T: Como se sente nesta altura quando as coisas terminam? [Técnica: **Evocar pensamentos automáticos**]

Na sessão 4, o terapeuta, introduz, novas técnicas para identificar e modificar crenças intermédias e com o objetivo de desconstruir as crenças de natureza disfuncional e ilógica, que muitas vezes é refletida nos comportamentos do cliente. Aqui, são ainda usadas técnicas para incentivar o paciente a refletir sobre as suas experiências, como por exemplo, a reatribuição e profecias autorrealizáveis.

T: esse devia, devia sentir-se bem, onde é que foi buscar?

T: onde é que está escrito que numa situação destas devia sentir-se bem? [Técnica: **Desafio às afirmações do tipo "deveria"**]

T: Das outras vezes em que acontecem coisas ou aconteceram situações deste género sentiu-se da mesma forma? [Técnica: **Revisão da forma como lidou com os eventos negativos ocorridos no passado**]

Na sessão 8, verifica-se sobretudo o uso de técnicas de identificação e avaliação dos pensamentos automáticos com maior frequência, essencialmente, na evocação de pensamentos automáticos e na exploração de outras interpretações ou pontos de vista.

T: e porque é que esta vez vai ser diferente? (Técnica: **Examinar a validade do pensamento automático**)

T: e se a sua irmã não sair de facto? [Técnica: **Tomar medidas para resolver o problema**]

T: será que existem formas em que ele pode não a tirar do sério? Formas que dependem de si não dele? Porque independentemente isto que faz, não o muda, não é? [Técnica: **Explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista**]

Relativamente à sessão 12, é imprescindível referir que o terapeuta utiliza técnicas de identificação e modificação de crenças centrais sem sucesso, uma vez, que a cliente não parece desenvolver nem aprofundar, o terapeuta investe maioritariamente, em técnicas de identificação e modificação de crenças intermédias.

T: E o que é que isso diz em relação à forma como se como se vê? Atualmente a ideia que faz de si? Porque a ideia que tinha de si antes não era essa. Era de alguém que não levava um não e, muito menos de permitir que uma coisa destas pudesse acontecer... [Técnicas: **Desenvolver uma nova crença central e Fortalecer as novas crenças centrais**]

T: Em que é que isso é diferente da forma como se sentiu a última vez que esteve cá...está a passar por uma situação mais ou menos idêntica em termos

daquilo que na altura relatou, tristeza, choro... [Técnica: **Revisão da forma como lidou com os eventos negativos ocorridos no passado**]

Por fim, na última sessão (16ª), as técnicas focaram-se em tomar medidas para resolver o problema e na revisão da forma como lidou com os eventos negativos ocorridos no passado como objetivo de promover competências sociais e de resolução de problemas do cliente, através da compreensão de como a cliente vivenciou os problemas passados e de como os resolveu.

T: como é que nessa altura tolerava a frustração? Simplesmente passava por cima dela. (...) Isto já não é a primeira vez! Já tivemos outras situações menos boas e mais complicadas e a Clara foi gerindo, não é? (Técnica: **Revisão da forma como lidou com os eventos negativos ocorridos no passado**)

T: mas não tem direito a estar triste? E guardar essas coisas para si? [Técnica: **Explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista**]

Evolução da sintomatologia

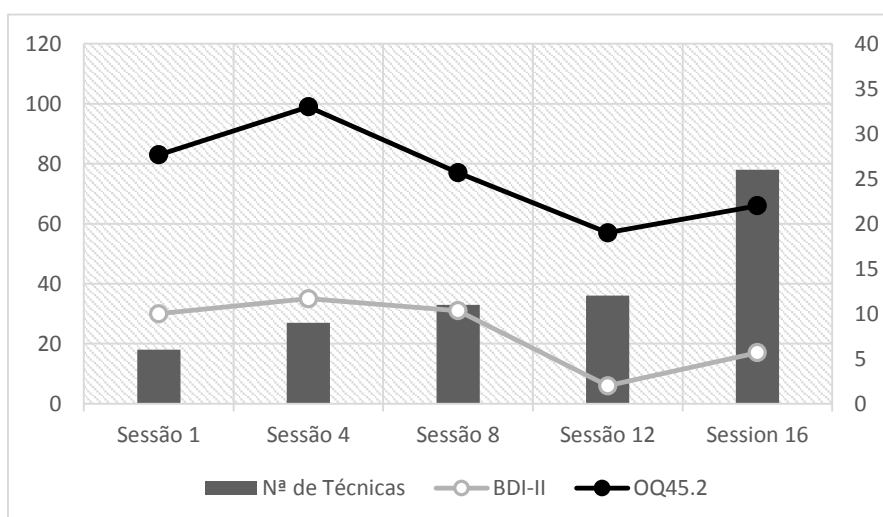


Figura 6. Sintomatologia medida por instrumentos psicológicos (BDI-II e OQ45.2) e o número de técnicas por sessão, relativamente ao caso de sucesso.

Analisando, a figura 6, não se observou diminuição significativa da sintomatologia depressiva, considerando-se assim um caso de insucesso. Verifica-se que as técnicas de RC, foram aumentando ao longo do processo terapêutico e, a sintomatologia só diminuiu, embora não significativamente, nas sessões finais, onde as técnicas de RC foram utilizadas com mais frequência.

Diferenças de RC no caso de sucesso e de insucesso

Comparando os casos de sucesso com os casos de insucesso, os resultados revelam que as técnicas de reestruturação cognitiva, nos casos de sucesso, diminuem ao longo do tempo, em contraste com os casos de insucesso que diminuem até à fase intermédia, mas voltam a aumentar na fase final. É de salientar que não só o uso de técnicas varia, como também a sua quantidade, havendo maior frequência de técnicas de RC no caso de sucesso, em tabela em seguida representado.

Tabela 3

Frequência da utilização das técnicas de RC no caso de sucesso

Grupo	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
I	1	8	2	1	0
II	2	25	6	3	0
III	0	4	11	1	0
IV	0	0	1	7	8
V	0	0	0	0	0

Os resultados são contrastantes, as técnicas de RC foram mais utilizadas na fase inicial dos casos de sucesso do que nos casos de insucesso (Tabela3), porém com maior frequência na fase final dos casos de insucesso do que nos casos de sucesso (Tabela 4).

Tabela 4

Frequência da utilização das técnicas de RC no caso de insucesso

Grupo	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
I	5	2	5	4	6
II	1	1	5	5	14
III	0	6	1	4	6
IV	0	0	0	2	0
V	0	0	0	0	0

Discussão

Neste estudo de caso pretendia-se identificar as estratégias de RC utilizadas pelo terapeuta e aprofundar a compreensão de como evoluem ao longo do processo terapêutico de terapia cognitivo-comportamental da depressão. Revela-se importante referenciar que, até ao presente, se encontra pouco explorado no âmbito dos estudos sobre as intervenções e comportamento verbal do terapeuta, nomeadamente, as técnicas de RC.

No que concerne à primeira questão de investigação, os resultados obtidos sugerem, que nas primeiras sessões (1^a e 4^a) o terapeuta utiliza com frequência de técnicas de identificação e avaliação dos pensamentos automáticos, evoluindo posteriormente, na sessão intermédia (8^a), em que se introduz maioritariamente técnicas de RC com o objetivo de identificação e modificação de crenças intermédias. Estes resultados são corroborados pelos autores, Kapp e Beck (2008) DeRubeis, Webb, Tang & Beck (2010) e Beck (2011), que referem que é fundamental testar a validade dos pensamentos automáticos e crenças nucleares, bem como, utilizar técnicas para substituir pensamentos distorcidos por cognições que sejam mais realistas e, por fim, identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas

subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento. Assim, verifica-se que no caso de sucesso terapêutico, as técnicas de RC atingem números mais elevados, tanto na frequência, como no uso de diferentes técnicas por categoria de RC comparativamente ao caso de insucesso terapêutico, nas sessões iniciais. Posteriormente, vão gradualmente diminuindo, fenómeno que não ocorre no caso de insucesso terapêutico. No caso de sucesso, foi possível desenvolver as crenças centrais e, o terapeuta utilizou ainda, outras técnicas de RC de identificação de pensamentos automáticos, para assegurar o sucesso e fortalecer as novas crenças adaptativas, o que indica que as técnicas de RC são transversais, podendo ser utilizadas com diferentes objetivos.

Relativamente ao caso de insucesso terapêutico, verifica-se uma constante no uso de técnicas de RC do início à fase intermédia e, só no final da terapia aumento exponencial de técnicas de RC, o que pode indicar um problema no contexto terapêutico (Beck, 2011) ou como tipo de técnicas de RC utilizadas ao longo do processo (Wittorf et al.,2013). As técnicas de RC não evoluem, além de identificação e modificação de crenças intermédias, sendo, que o uso desta categoria é escassa ao longo do processo terapêutico. É de salientar que no caso de insucesso, o terapeuta parece não ter tido a oportunidade de aprofundar as técnicas de RC de modificação das crenças intermédias e centrais, possivelmente, um dos vários fatores que contribuiu para o insucesso.

No que concerne à segunda questão de investigação, foi assim constatado que existem diferenças significativas no desenvolvimento das técnicas de RC nos dois casos analisados. Após uma análise à evolução das técnicas de RC ao longo do processo terapêutico, existe um contraste entre as intervenções dos terapeutas, os resultados deste estudo sugerem que as intervenções de RC tem o seu *timing*, ou seja, nas primeiras sessões (1^a e 4^a) e, é fundamental que o terapeuta utilize o maior número de técnicas de identificação e avaliação dos pensamentos automáticos nesta fase, de modo a desconstruir e a compreender quais as áreas

mais problemáticas e, conhecer quais as suas crenças disfuncionais (Beck, 2011). Na sessão intermédia (8ª) existe um contraste entre as intervenções dos terapeutas, na qual no caso de sucesso, introduz-se maioritariamente técnicas de RC com o objetivo de identificação e modificação de crenças intermédias, contrariamente, no caso de insucesso, são maioritariamente utilizadas técnicas de RC focadas na identificação e avaliação de pensamentos automáticos. O estudo de Froján, Montañó & Calero (2010), refere resultados semelhantes, em que houve predominância de determinado uso de técnicas de RC, em fases diferentes ao longo do processo terapêutico.

Finalizando, apesar de não existirem dúvidas de que a TCC é um tratamento eficaz para a depressão em adultos, nem todas as pessoas podem beneficiar destas intervenções. Contudo, o estudo das técnicas de RC revela ser de extrema importância para compreender a mudança em psicoterapia, sendo fundamental identificar, diferencia-las e compreender como funcionam as técnicas de RC, assim, no futuro as nossas intervenções podem evoluir na sua eficácia, bem como, a possibilidade de adequar as técnicas ao processo de intervenção. É de salientar ainda, a influência do uso das técnicas de RC na redução de sintomatologia depressiva (Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010; Wittorf et al., 2013), embora com pouca saliência neste estudo, no futuro, deve ser um fenómeno importante para investigação.

Conclusão

O presente estudo, cumpriu os objetivos a que se propôs estudar, de carácter exploratório, permite clarificar que os resultados contribuíram para a identificação não só as intervenções do terapeuta, em particular, as técnicas de reestruturação cognitiva ao longo do processo terapêutico, bem como, compreender como evoluem ao longo da TCC. Este trabalho pretendeu colmatar a escassez de investigações, sendo que as existentes analisam as intervenções do terapeuta sem especificarem devidamente as técnicas, sendo por vezes,

incluídas em categorias muito generalizadoras (Froján-Parga, Ruiz-Sancho, Montaña-Fidalgo, Calero-Elvira, & Alpañés-Freitag, 2008; Overholser, 2011).

Sendo um estudo exploratório, não é possível realizar análises que permitam perceber o contributo das técnicas de RC nos resultados terapêuticos e do seu papel mediador da mudança. Seria necessário ampliar este estudo de modo a poder retirar conclusões em termos do papel da intervenção do terapeuta nos resultados do cliente.

De modo geral, os resultados neste estudo, apresentam implicações para a prática clínica em TCC, como referido anteriormente. Em primeiro lugar, remete para a necessidade dos terapeutas ficarem atentos à forma como usam e aplicam as suas intervenções, nas diferentes fases da terapia (fase inicial, intermédia e final), pelo que o uso de técnicas de RC indica que condiciona o processo terapêutico.

Referências Bibliográficas

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. Psychological Corporation: San Antonio.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior*
- Bockting, C. L. H. (2010). Breaking the Rhythm of Depression : Cognitive Behavior Therapy and Relapse Prevention for Depression, *19*, 273–287
- Braun, J., Strunk, D., Sasso, K. & Cooper, A. (2015). Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*. 70, 32-37. [doi:10.1016/j.brat.2015.05.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.004)
- Burns, D. & Spangler, D. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*. 32 (2), 337-369. [doi:10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva* [Analysis of interaction between therapist and client during the application of the cognitive restructuring technique] (Unpublished doctoral dissertation). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain.
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Vargas-de la Cruz, I. (2011). ¿Qué hace el psicólogo cuando aplica la técnica de reestructuración cognitiva? [What does the psychologist do when applying the cognitive restructuring technique?] *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 133–150. Consultado em <http://pt.scribd.com/doc/172431285/Revista-Mexicana-de-Psicologia-Vol-28-No-2#scribd>
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M., Ruiz-Sancho, E. & Alpañés-Freitag M. (2013). Descriptive Study of the Socratic Method: Evidence for Verbal Shaping, *Behavior Therapy*, 44 (4), 625-638. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.08.001>.

- Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17 (4), 222-226. doi: [10.1016/S0924-9338\(02\)00663-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00663-6)
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., & McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66. doi:10.1080/10503307.2013.820855
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lile Stuart.
- Fentz, et al. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavior therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behavior Research and Therapy*, 579-587, doi: [10.1016/j.brat.2013.06.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.002)
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Frei, J & Peters, L. (2012). Which Client Characteristics Contribute to Good and Poor Cognitive-Behavioural Treatment Outcome for Social Anxiety Disorder? A Survey of Clinicians. *Behavior Change*, 29 (4), 230-237. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2fff0a6d-637a-4107-94c8-2248572da57b%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4209> doi: 10.1017/bec.2012.22
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. & Calero-Elvira, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain*, 11, 53-60.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. & Calero-Elvira, A. (2010). Therapists' Verbal Behavior Anaysis: A Descriptive Approach to the Psychotherapeutic Phenomenon. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 914-926.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, & Ruiz-Sancho, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y Salud*, 22 (1), pp. 69-85. DOI: 10.5093/cl2011v22n1a5

- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M., Calero-Elvira, A., García-Soler, A., Garzón-Fernández, A., & Ruiz-Sancho, E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta [Therapist's verbal behavior coding system]. *Psicothema*, 20, 603–609.
- Froján-Parga, M., Ruiz-Sancho, E., Montaña-Fidalgo, M., CaleroElvira, A., & Alpañés-Freitag, M. (2011). Comparative study of therapist's verbal behavior according its experience during clinical assessment. *Anales De Psicología*, 27 (2), 311-318. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122911>
- Garrat, G., Ingram, R., Rand, K. & Sawalani, G. (2007). Cognitive Processes in Cognitive Therapy: Evaluation of the Mechanisms of Change in the Treatment of Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14 (3), 224-239, doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x
- Gibbons, M., Crits-Christoph, P., Levinsin, J. & Barber, J. (2003). Flexibility in manual-based psychotherapies: predictors of therapist interventions in interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2) 169–185. doi: 10.1093/ptr/kpg017
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behaviour in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181–193. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90058-X](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90058-X)
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. & Fang, A. (2012) .The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (5), 427-440. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10608-012-9476-1> . doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9595-3>.
- Horvath, Del Rey, Fluckiger & Symonds, (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 48, 9-16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Hundt, N., Mignogna, J., Underhill, C. & Cully, J. (2013). The Relationship Between Use of CBT Skills and Depression Treatment Outcome: A Theoretical and Methodological Review of the Literature. *Behavior Therapy*. 44 (1), 12-26. [doi:10.1016/j.beth.2012.10.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.001)

- Hundt, N.E., Mignogna, J., Underhill, C., & Cully, J.A. (2013). The relationship between use of CBT skills and depression treatment outcome: A theoretical and methodological review of the literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.001>
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebo, O. J., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus “no intervention” for major depressive disorder. *PloS One*, 6(12), e28299. doi:10.1371/journal.pone.0028299
- Johnco, C., Wuthrich, V. & Rapee, R. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418–28. doi:10.1080/10503300802448899
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy : foundations, conceptual models, applications and research, 30(2), 54–64.
- Koenig, A., Jarret, R., Gallop, R., Barret, M. & Thase, M. (2014). Extreme Nonresponse to Acute Phase Cognitive Therapy for Depression: An Attempt to Replicate and Extend. *Behavior Therapy*. 45 (3). 300-313. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000578941300138X> doi:10.1016/j.beth.2013.12.005
- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173–187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lorenzo, L., German, R. & DeRubeis, R. (2014). It’s complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.003>

- Macrodimitris, D., Wershler, J., Hatfield, M., Hamilton, K., Backs-Dermott, B., Mothersill, K., Baxter, C., & Wiebe, S. skill use in cbt 25 (2011). Group cognitive-behavioral therapy for patients with epilepsy and comorbid depression and anxiety. *Epilepsy & Behavior*, 20, 83–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.10.028>
- Macrodimitris, S. D., Hamilton, K. E., Backs-Dermott, B. J., & Mothersill, K. J. (2010). CBT basics: A group approach to teaching fundamental cognitive-behavioral skills. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(2), 132–146. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.24.2.132>
- Overholser, J. (2011). Collaborative Empiricism, Guided Discovery, and the Socratic Method: Core Processes for Effective Cognitive Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 18 (1), 62–66. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01235.x
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicol. estud.* 14 (3), pp. 439-445 Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Poppen, R. L. (1989). Some clinical implications of rulegoverned behavior. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 325–357). New York, NY: Plenum Press.
- Rosenfarb, I. S. (1992). A behaviour analytic interpretation of the therapeutic relationship. *Psychological Record*, 42, 341–354.
- Sasso, K. & Strunk, D. (2013) Thin slice ratings of client characteristics in intake assessments: Predicting symptom change and dropout in cognitive therapy for depression. *Behavior Research and Therapy*. 51 (8), 443-450. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713000740>.doi:10.1016/j.brat.2013.04.007
- Sasso, K. E., & Strunk, D. R. (2013). Thin slice ratings of client characteristics in intake assessments: Predicting symptom change and dropout in cognitive therapy for depression. *Behaviour Research & Therapy*, 51(8), 443-450. doi:10.1016/j.brat.2013.04.007
- Stiles, W. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Park, CA: Sage

- Tee, J. & Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 47-61. Doi:/10.1111/j.1468-2850.2010.01234.x
- therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press: New York
- Turkington, D., Kingdon, D. & Weiden, P. (2009). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*. 163 (30), Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.163.3.365>. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.365>
- Webb, C. A, Derubeis, R. J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2012). Predictors of patient cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: the role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 373–81. doi:10.1037/a0027663
- Wittorf et al. (2013). Associations between therapy skills and patient experiences of change processes in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychiatry Research*, 210, 702- 709. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.011>
- Wolgast, M., Lundh, L., & Viborg, G. (2013). Cognitive Restructuring and Acceptance: An Empirically Grounded Conceptual Analysis. *Cognitive Therapy & Research*, 37(2), 340-351. doi:10.1007/s10608-012-9477-0