

Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental

Cristiane Figueiredo Araújo

Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária do Rio de Janeiro

Helene Shinohara

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Resumo

Uma das características fundamentais da terapia cognitivo-comportamental, segundo seus idealizadores, é o fato de basear-se em uma formulação clínica dos problemas do cliente. Isto significa que, mediante entrevistas e instrumentos de avaliação e medida, o terapeuta buscará integrar a história do cliente e seus problemas atuais de uma forma diferenciada, que lhe permitirá desenvolver estratégias específicas para lidar com as dificuldades apresentadas na busca de ajuda psicológica. Além disso, o estabelecimento de uma boa relação interpessoal e terapêutica depende, em grande parte, de uma compreensão empática e acurada dos problemas do cliente. É sobre esta forma diferenciada de compreender o funcionamento do indivíduo que trata este artigo, que se inicia por uma breve revisão dos aspectos teórico-clínicos da terapia cognitivo-comportamental e segue indicando como desenvolver uma formulação adequada, que instrumentos estão disponíveis ao terapeuta e quais são utilizados mais frequentemente. Conclui-se que uma formulação adequada é essencial para o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; formulação de caso; psicodiagnóstico.

Abstract

Evaluation and diagnosis in cognitive-behavioral therapy

One of the main characteristics of cognitive-behavior therapy is that it is based on a specific clinical formulation of the case. This means that the therapist, using interviews and inventories, in a particular way, needs to understand and integrate the history of his/her client and his/her current problems. Clinical strategies can be then tailored to deal with the client's difficulties. The establishment of adequate and warm interpersonal and therapeutical relationship depends greatly on this empathic and accurate understanding of the client's problems. The present article intends to present this approach to case formulation based on a cognitive-behavior perspective. It also includes a brief review of theoretic-clinical aspects, assessment tools and suggested procedures. The conclusion is that an adequate formulation is essential to success in psychotherapy.

Keywords: cognitive-behavior therapy; case formulation; psychodiagnosis.

1. Considerações teórico-clínicas da terapia cognitivo-comportamental.

Desde a revolução cognitiva ocorrida na psicologia na década de 60, diferentes teóricos ou psicoterapeutas passaram a incluir a cognição em seus trabalhos, segundo suas próprias perspectivas. Várias formas de psicoterapia que compartilham pressupostos comuns em relação à mediação da cognição, sua acessibilidade e influência sobre o comportamento passaram a ser consideradas como terapias cognitivo-comportamentais (Dobson & Block, 1988). Dentre elas, a Terapia Cognitiva de Aaron Beck, a Terapia Racional Emotiva Comportamental de Albert Ellis, a Psicoterapia Estrutural de Guidano e Liotti, entre outras, têm se destacado significativamente ao longo dos anos. Artigos de variados autores (Hawton, Salkoviskis,

Kirk & Klark, 1989; Ellis, 2001; Freeman, 2001; Rangé, 2001) usam o termo Terapia Cognitivo-Comportamental para se referirem a cada uma delas ou de forma geral. Portanto, estaremos usando diferentes referências de trabalhos que sejam, de algum modo, considerados cognitivistas.

A característica mais marcante está na ênfase dada aos processos cognitivos sobre os outros quatro elementos geralmente abordados pelas psicoterapias: o ambiente (incluindo história de vida), a biologia, os afetos/emoções e o comportamento. Isto não quer dizer que os pensamentos sejam mais determinantes dos distúrbios psicopatológicos que os outros quatro aspectos acima mencionados, mas sim, que, através da modificação de padrões cognitivos distorcidos ou disfuncionais, podemos alterar os outros quatro e, conseqüentemente, obter uma melhora global do

funcionamento de um indivíduo (Dattilio & Freeman, 1998).

A terapia cognitiva de Beck caracteriza-se por ser uma abordagem psicoterapêutica estruturada, de participação ativa entre terapeuta e cliente, voltada para o presente, que se baseia no Modelo Cognitivo e na utilização de técnicas específicas, predominantemente cognitivas e comportamentais, que visam à modificação dos padrões de pensamentos e crenças disfuncionais que causam ou mantêm sofrimento emocional e/ou distúrbios psicológicos no indivíduo. Fundamenta-se no pressuposto de que as emoções, comportamentos e reações fisiológicas estão diretamente ligados à forma como o indivíduo avalia suas experiências no mundo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Ou seja, o modo como as pessoas interpretam as situações será determinante da maneira como ela irá se sentir, afetiva e fisiologicamente, e de como ela irá se comportar (Shinohara, Figueiredo & Brasileiro, 1999).

Segundo o modelo cognitivo, é possível identificar três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, nível mais superficial e espontâneo que surge na mente diante de diversas situações do cotidiano; as crenças intermediárias, onde conteúdos cognitivos aparecem sob a forma de regras e suposições ligadas ao nível mais profundo, que são as crenças centrais a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo, que se formam a partir de experiências remotas da infância (Beck, 1997). Alguns princípios são norteadores da terapia cognitivo-comportamental como um todo, ressaltando-se que esta seja adaptável a cada indivíduo particularmente. Dentre eles o de que a terapia deve basear-se em uma formulação contínua do funcionamento do cliente em termos que valorizem a relação entre situações – pensamentos – emoções – comportamentos. Além disso, toda a terapia deve assegurar uma boa relação terapêutica, que inclui, entre outros aspectos, a capacidade empática do terapeuta, uma postura de respeito, interesse e compreensão dos problemas trazidos pelo cliente para que esse possa sentir-se acolhido e atendido em suas necessidades. A partir do estabelecimento desta relação, busca-se a colaboração e participação ativa do cliente e do terapeuta na resolução dos problemas abordados através de metas voltadas para o aqui-e-agora e para a identificação, avaliação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais. Para atingir tais objetivos são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, principalmente o registro de pensamentos, o questionamento socrático e os experimentos comportamentais (Greenberger & Padesky, 1999).

Especificamente quanto à formulação, em um de seus mais recentes trabalhos, Beck e Alford (2000) apontam para a importância desta na terapia como sendo a base para, compreendendo os conceitos pessoais que são ativados em determinadas situações que levam o indivíduo a se comportar de maneira maladaptativa ou disfuncional, fornecer estratégias para corrigir esses conceitos. Sem esta formulação o trabalho terapêutico torna-se vago e impreciso, sem saber exatamente para que e para onde se direcionar. Freeman (1998) chega mesmo a afirmar que a habilidade mais importante do psicoterapeuta é a capacidade para desenvolver conceituações de tratamento, uma vez que, mesmo com a utilização de técnicas e instrumentos de terapia cognitiva, sem a formulação o objetivo se perde. Devido à importância deste aspecto para a prática eficaz da terapia cognitivo-comportamental, a seguir é apresentada uma discussão sobre formulação de casos clínicos.

2. Por que a formulação é fundamental?

Segundo Turkat (1985), quando se procura saber sobre eficácia e resolutividade em psicoterapia ou em intervenções psicológicas na literatura disponível, encontra-se uma grande dificuldade: não há consenso sobre se a psicoterapia é eficaz, ou não, na resolução de distúrbios de comportamento e emocionais nos seres humanos. No entanto, Lambert (2002) afirma que a efetividade da psicoterapia tem sido objeto de inúmeros estudos científicos e os resultados mais atualizados apontam para sua indiscutível eficácia. Apesar das diferenças, o que importa é que muito tem sido discutido sobre processos terapêuticos, que acabam ressaltando a importância de cada uma das atividades que caracterizam a psicoterapia. Recentemente, parece existir uma tendência à integração de diversos pontos de vista em atendimentos psicológicos que visam aumentar a consistência e abrangência dos tratamentos como podemos encontrar nos trabalhos de Beck e Alford (2000), Rangé e Silvaes (2001) e Shinohara (2001).

Mas o que isso tem a ver com formulação de casos? Simplesmente porque, em havendo uma boa compreensão do fenômeno que está sendo apresentado, torna-se muito mais fácil o planejamento de estratégias para atingir determinados objetivos. Em outras palavras, somente através do desenvolvimento de uma boa formulação da situação ou problemas trazidos para terapia, é que se podem planejar procedimentos efetivos para alcançar as mudanças desejadas e, conseqüentemente, ficará mais fácil avaliar se um determinado tipo de intervenção psicológica é uma terapêutica realmente eficaz ou não.

Uma formulação de caso é uma teoria sobre o cliente que busca relacionar as dificuldades que ele apresenta de forma clara e significativa, integrando-as isoladamente e entre si. Procura compreender como o indivíduo desenvolveu e mantém tais dificuldades, e como ele provavelmente se comportará no futuro diante de determinadas condições. Finalmente, permite, através de uma visão ampla do funcionamento do cliente, planejar intervenções que possibilitem as mudanças necessárias e desejadas. Além disso, o processo de avaliação e formulação do caso do cliente permite o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva e uma maior adesão dele ao tratamento (Rangé & Silveiras, 2001).

Sendo assim, pode-se concluir que, de uma boa compreensão dos fatores que causam e/ou mantêm distúrbios psicológicos, depende o planejamento de intervenções clínicas efetivas e individualizadas para cada sujeito, uma vez que cada um possui uma história de experiências e aprendizagens única, e que, por isso, não pode haver uma receita ou fórmula terapêutica que sirva para todos indiscriminadamente, mas sim, uma adaptação do conhecimento científico à história pessoal de cada um. Para tanto, torna-se necessário estar atento aos requisitos fundamentais de uma formulação e como desenvolvê-la adequadamente.

3. Como desenvolver uma formulação cognitivo-comportamental?

O processo de coleta de dados a respeito de uma pessoa inicia-se normalmente com uma série de entrevistas posteriormente complementadas com instrumentos padronizados de avaliação e medida, relacionados mais adiante neste artigo.

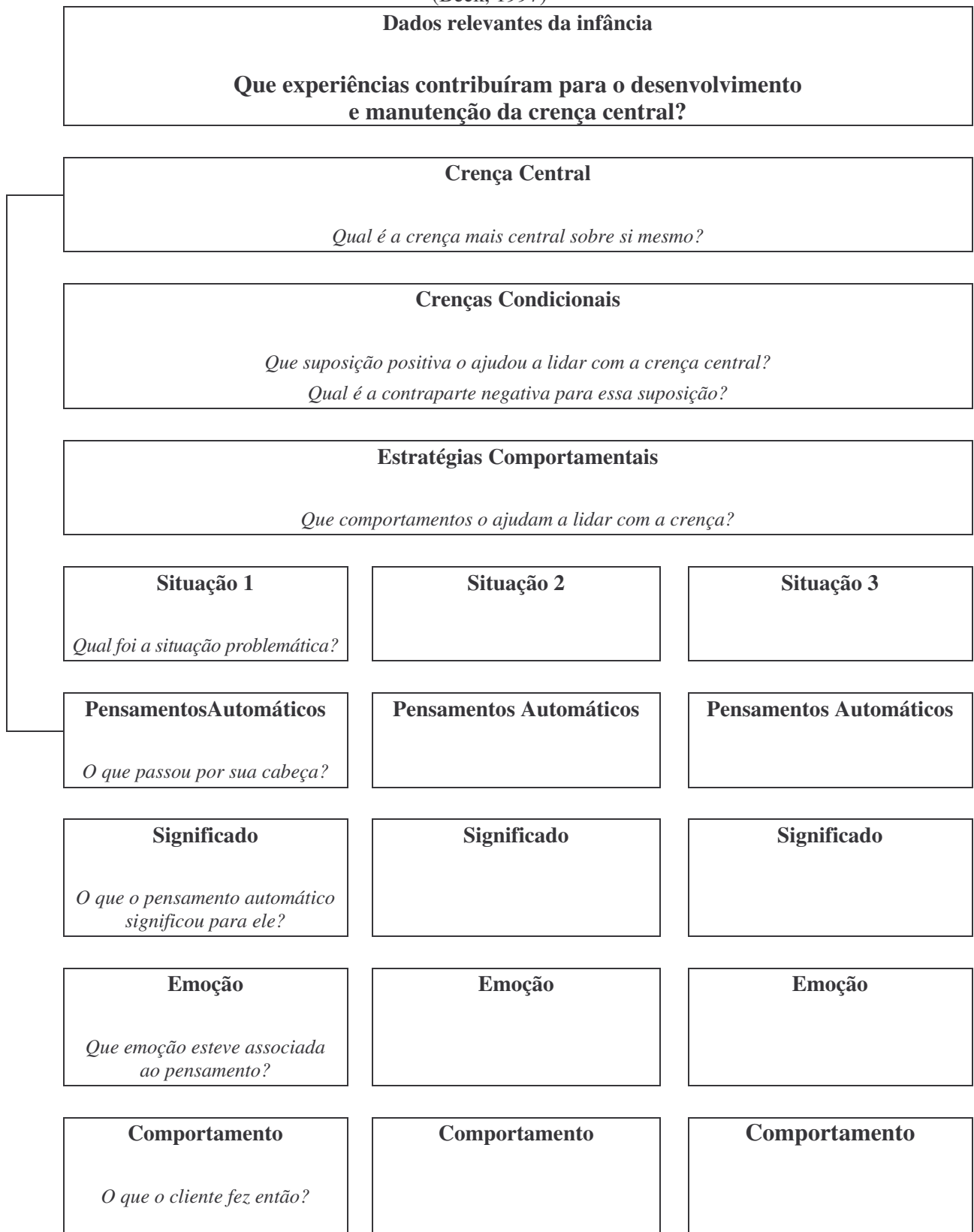
Na formulação de casos infantis o terapeuta usa como referencial o mesmo modelo dos adultos, embora haja diferenças importantes na condução das entrevistas, como entrevistar necessariamente adultos significativos, e na escolha das técnicas diagnósticas, como o uso de material lúdico. Detalhes podem ser encontrados em bibliografia específica sobre formulação de casos infantis (ver Rangé & Silveiras, 2001; Reinecke, Dattilio & Freeman, 1999).

Segundo Wolpe e Turkat (1985), Beck (1997) e Freeman (1998), o terapeuta deve procurar formas de, durante as entrevistas iniciais, poder ir identificando ou, pelo menos, levantando hipóteses sobre quais são os problemas atuais, como se desenvolveram e como são mantidos; que pensamentos e crenças disfuncionais estão associados a estas situações e quais são as reações emocionais, fisiológicas e comportamentais relacionadas ao pensamento; que experiências passadas contribuem para seu problema atual; que regras ou suposições podem estar subjacentes ao pensamento; que estratégias – cognitivas, afetivas e comportamentais – têm sido utilizadas para lidar com as crenças disfuncionais; e que eventos estressores contribuíram para o surgimento do problema ou inibiram o funcionamento das estratégias adaptativas.

Beck (1997) sugere ainda uma forma resumida de formulação, um diagrama de conceituação cognitiva, onde o terapeuta pode organizar estas questões de forma a reunir dados sobre as situações-problema típicas vivenciadas pelo cliente, seus pensamentos automáticos, emoções e comportamentos, além de estratégias comportamentais, crenças intermediárias, crenças centrais e dados relevantes da infância que, juntos, integram uma espécie de “mapa cognitivo da psicopatologia do cliente”. Este diagrama é muito útil na prática clínica por ser de fácil compreensão, não só para o terapeuta como também para o cliente, além de poder ser utilizado como instrumento didático para o cliente entender melhor o modelo cognitivo e a compreensão de suas dificuldades sob este ponto de vista.

A partir dos registros de pensamentos automáticos trazidos pelo cliente, discute-se a relação dos mesmos com crenças de nível mais profundo, através de perguntas sobre seus significados. Todos os dados levantados durante as entrevistas serão aqui inter-relacionados. Encontram-se no diagrama a seguir as perguntas básicas que o terapeuta faz a si mesmo para preenchê-lo.

Diagrama de Conceituação Cognitiva
(Beck, 1997)



4. Estrutura sugerida para a formulação de caso

Com o intuito de integrar os aspectos discutidos por diferentes autores e expostos anteriormente, propõe-se, a seguir, diretrizes que podem ser úteis

para orientar os terapeutas cognitivo-comportamentais em formulação de casos. Esta estrutura sugerida está baseada em experiências de prática clínica e de supervisão em clínica-escola.

- Identificação do Cliente
- História de Vida
- Lista de Problemas
- Fatores Precipitantes e Situações Ativadoras
- Crenças Centrais e Intermediárias
- Origem e Desenvolvimento das Crenças
- Medidas Padronizadas e Complementares
- Hipóteses Diagnósticas e de Trabalho
- Metas e Intervenções

A primeira etapa da formulação é a identificação do cliente. Nome completo, idade, data de nascimento, naturalidade, sexo, estado civil, dependentes, grau de escolaridade, ocupação profissional, religião, endereço e telefone são alguns dos dados a serem dispostos nesta parte. Algumas informações podem parecer irrelevantes num primeiro momento, mas podem ser úteis no decorrer da terapia ou mesmo no caso de outro profissional acompanhar o cliente. Além destas, outras podem ser acrescentadas a critério do profissional que estiver fazendo a avaliação.

Em seguida, o terapeuta buscará organizar, de forma sucinta, uma história da vida do cliente. Como foi seu desenvolvimento, quais as experiências infantis mais relevantes, aspectos da juventude, questões atuais, relacionamentos etc.

Durante a(s) entrevista(s) inicial(is) o terapeuta visa identificar as questões e problemas trazidos pelo cliente de modo a relacioná-los a situações em que ocorrem, o que ele pensa, o que sente e o que faz a respeito da situação-problema. Isso é feito para cada uma das queixas do cliente, gerando uma lista de problemas. Esta lista deve buscar ser o mais completa possível, incluindo não somente problemas de ordem psicológica como também problemas interpessoais, psicossociais, trabalhistas, financeiros, jurídicos e médicos, de um modo geral. É muito importante ressaltar que o indivíduo que busca ajuda psicológica, quanto mais integralmente puder ser compreendido, mais benefício poderá obter para sua saúde e qualidade de vida como um todo.

O quarto item da formulação é uma avaliação de fatores precipitantes e situações ativadoras dos problemas listados. Isto quer dizer que devem ser identificados quais os estressores (positivos ou negativos) que ativam as crenças – fatores precipitantes – e que situações do dia-a-dia ativam o comportamento, emoção ou pensamento disfuncional – situações ativadoras. Freeman (1998) utiliza o termo “incidente crítico” para denominar a situação ou evento que o cliente ou outras pessoas significantes para o mesmo considerem como indicativo dos problemas apresentados. Por exemplo: uma mulher apresenta como situação-problema dificuldades em lidar com o filho recém-nascido. Relata que, após o nascimento do filho (fator precipitante), sente-se

angustiado e disfórica a cada vez que tem que amamentar ou dar banho no bebê (situações ativadoras/incidentes críticos).

A partir da lista de problemas, fatores precipitantes e situações ativadoras, o terapeuta vai procurar inferir que tipos de crenças intermediárias e centrais estão embasando as interpretações e comportamentos apresentados. Lembrando que as crenças centrais são idéias mais rígidas e globais a respeito do self, dos outros e do mundo e normalmente se repetem em significado atribuído às situações-problema trazidas pelo cliente. Por exemplo: “Sou incapaz.”; “Os outros são muito críticos e exigentes.”; “O mundo é difícil.” Já as crenças intermediárias são regras ou suposições do tipo “Se..., então...” que ajudam o sujeito a lidar com suas crenças centrais negativas. Exemplificando, “Se eu me esforçar bastante, os outros não perceberão que sou incapaz.” ou “Se eu falhar ou não me esforçar o suficiente, todos saberão que sou incapaz.”

Identificadas as crenças, procura-se entender quais as origens das mesmas e como elas se desenvolveram ao longo do tempo. Nesta seção, o terapeuta descreve brevemente alguns incidentes ou circunstâncias do passado remoto do cliente que parecem ter sido responsáveis pelo desenvolvimento das crenças centrais disfuncionais. Especial ênfase neste aspecto se deve ao fato de que as crenças centrais são moldadas por experiências marcantes da infância, particularmente experiências com os pais e pessoas próximas (Shinohara, 2000). Comportamentos modelados e fracasso na aprendizagem de habilidades importantes também podem ser incluídos nesta seção. Por exemplo, um cliente que foi criado por um pai exigente e crítico e por uma mãe passiva e submissa pode achar difícil expressar suas próprias opiniões, já que não possuiu um modelo apropriado de assertividade enquanto crescia (Tompkins, 1997).

Para complementar as informações obtidas na entrevista, os terapeutas cognitivo-comportamentais costumam utilizar uma série de instrumentos de registro, avaliação e medida padronizados que auxiliam na compreensão do grau de dificuldade do cliente em determinadas áreas e também servem para monitorar o progresso do cliente ao longo do tratamento. Dentre eles, o mais amplamente utilizado na prática clínica, tanto como auxiliar diagnóstico quanto como instrumento terapêutico e educativo, é o Registro de Pensamentos ou de Auto-Monitoria (Greenberger & Padesky, 1999). Através deste tipo de registro é possível identificar quais as situações que ativam no cliente determinadas emoções e pensamentos disfuncionais e como reavaliá-los, reestruturando-os em concepções mais adaptativas para o cliente. Igualmente muito utilizados também estão os inventários mais gerais de ansiedade e

depressão, com destaque para os Inventários Beck de Depressão – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) e de Ansiedade – BAI (Beck & Steer, 1990), que são valiosos na conceitualização de vários transtornos de humor e de ansiedade. Os instrumentos citados acima são do tipo auto-relato, ou seja, preenchidos pelo cliente. Para avaliação do terapeuta, encontramos a Escala Hamilton para Avaliação de Depressão – HRSD (Hamilton, 1960) e a Escala de Ansiedade de Hamilton – HAS (Hamilton, 1959).

Como auxiliar no diagnóstico de transtornos mais específicos, destacam-se os seguintes instrumentos: Fear of Negative Evaluation – FNE (Watson & Friend, 1969) para Ansiedade Generalizada e Fobia Social; Inventário de Assertividade (Gambrell & Richey, 1975) para avaliar Habilidades Sociais; Diário de Pânico (Clark & Salkovisks, 1987, citados por Botella & Ballester, 1995) para medir a frequência, intensidade, duração e sensações fisiológicas presentes em um ataque de pânico; Escala Yale-Brown para Transtorno Obsessivo-Compulsivo – Y-BOCS (Goodman et cols, 1989) que identifica os principais sintomas do cliente, sua duração, interferência, resistência e controle percebido; Escala de Intensidade de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático – PTSD Symptom Scale (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991); Escala de Preocupação da Universidade da Pensilvânia (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) para diferenciar indivíduos que apresentam TAG de outros com transtornos de ansiedade diversos. Estes são apenas alguns dos instrumentos disponíveis ao terapeuta. Embora existam muitos outros, estes foram citados por serem amplamente utilizados na prática clínica brasileira.

Completada a fase de descrição das características gerais do funcionamento do indivíduo e tendo uma compreensão ampla das dificuldades vivenciadas pelo cliente, descrevem-se as hipóteses diagnósticas e de trabalho, para então definir quais tipos de metas e intervenções serão planejados para ajudá-lo na resolução de seus problemas. A hipótese de trabalho é o centro da formulação cognitivo-comportamental, articulando os problemas que constam da lista, as crenças centrais e condicionais, e os eventos ativadores. É à hipótese de trabalho que a maioria dos clínicos se refere quando pensam em uma formulação de caso. Ela orienta intervenções e explica tanto o progresso quanto os problemas da terapia. Esta hipótese é mantida, alterada ou descartada, dependendo dos resultados do tratamento. Se um cliente não atinge um progresso satisfatório ou torna-se relapso, a hipótese de trabalho é revisada e utilizada na formulação de um novo plano de tratamento. A natureza mutável deste processo – formulação,

tratamento baseado na formulação, monitoração dos resultados e revisão da formulação baseada nos resultados – é a marca da formulação de caso cognitivo-comportamental, na qual o tratamento é visto como um caso único de estudo empírico (Barlow e cols., 1984 apud Tompkins, 1997).

5. Considerações finais

A formulação pode ser utilizada, entre outras coisas, para assegurar colaboração, selecionar pontos de intervenção e orientar o inquirido, selecionar estratégias de intervenção e tarefas de casa, garantir a cooperação do cliente e prever obstáculos ao tratamento (Beck, 1997).

Uma vez estruturada a formulação, é muito importante ressaltar que ela não está fechada. Ela será vista e revista ao longo da terapia com o cliente, que é convidado a comentar, avaliar, confirmar ou refutar vários aspectos da formulação (Turkat, 1985). Ela não deve ser considerada a verdade sobre o cliente, mas sim uma hipótese de como as coisas funcionam para ele. Apesar de ser uma parte importante do início da terapia, ela não ficará em destaque no tratamento, mas servirá sempre como suporte de toda e qualquer intervenção durante as sessões. É importante lembrar que o terapeuta deve preferencialmente discutir suas hipóteses sempre com o cliente, que poderá validá-las, ou não.

O processo de formulação de caso cognitivo-comportamental é mais do que simples diagnóstico. É uma compreensão do funcionamento global do indivíduo, não somente no momento atual, mas ao longo de sua história de desenvolvimento. É um mapeamento de suas habilidades, sua forma específica de organizar sua história e seu jeito de se relacionar com as pessoas. Destacam-se, ainda, os pontos de conflito e dificuldade para o indivíduo a serem trabalhados na terapia e que serão posteriormente reavaliados, tanto pelo relato verbal subjetivo do cliente quanto pelas medidas objetivas dos instrumentos disponíveis.

A formulação permite uma coerência nas decisões terapêuticas. Permite que processos de mudança realmente ocorram!

Referências

- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. E. & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Botella, C. & Ballester, R. (1995). Trastorno por pánico. Em V. E. Caballo; G. Buena-Casal & J. A. Carroles (Orgs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, 1*, 365-407. Madrid: Siglo XXI de España.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1998). Introdução à terapia cognitiva. Em A. Freeman & F. M. Dattilio (Orgs.), *Compreendendo a terapia cognitiva* (p. 19-28). Campinas: Editorial Psy.
- Dobson, K. S. & Block, L. (1988). Historical and philosophical bases of cognitive therapies. Em K. S. Dobson (Org.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors*. New York: Prometheus Books.
- Foa, E. B.; Rothbaum, B. O.; Riggs, D. S. & Murdoch, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 715-723.
- Freeman, A. (1998). O desenvolvimento das conceituações de tratamento na terapia cognitiva. Em A. Freeman & F. M. Dattilio (Orgs.), *Compreendendo a terapia cognitiva* (p. 29-42). Campinas: Editorial Psy.
- Freeman, A. (2001). Entendiendo a la contratransferencia: un elemento que falta en la terapia cognitiva y del comportamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10(1), 15-31.
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Goodman, W. K.; Price, L. H.; Rasmussen, S. A.; Mazure, C.; Delgado, P.; Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Hamilton, M. A. (1959). The assessment of anxiety status by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hawton, K.; Salkovskis, P. M.; Kirk, J. & Klark, D. (1989). The development and principles of cognitive-behavioral treatments. Em K. Hawton; P. Salkovskis; J. Kirk & D. M. Klark (Orgs.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. USA: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (2002). *The effectiveness of psychotherapy: What has a century of research taught us about the effects of treatment?* Obtido em 3 de maio de 2002 do World Wide Web: <http://www.cwru.edu/61200/affil/div29/lambert.htm>.
- Meyer, T. J.; Miller, M. L.; Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Rangé, B. (2001) (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rangé, B. & Silveira, E. F. M. (2001). Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (p. 79-100). Porto Alegre: Artmed.
- Reinecke, M. A.; Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1999) (Orgs.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: O que sabemos sobre ela? Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (p. 229-233). Santo André: SET.
- Shinohara, H. (2001). Psicoterapia funciona? Estudos e pesquisas em psicologia. *Revista do Instituto de Psicologia da UERJ*, 1, 51-57.
- Shinohara, H.; Figueiredo, C. & Brasileiro, R. F. (1999). Terapia cognitiva: Aspectos históricos, filosóficos e conceituais. *Psicologia Clínica, Pós-Graduação e Pesquisa*, PUC-Rio, 11, 133-159.
- Tompkins, M. A. (1997). Case formulation in cognitive-behavioral therapy. Em R. Leahy (Org.). *Practicing cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Turkat, I. D. (1985). *Behavioral case formulation*. New York: Plenum.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33, 448-457.

Recebido: 25/05/2002

Revisado: 30/05/2002

Aceito: 05/06/2002

Sobre as autoras

Cristiane Figueiredo Araújo: Psicóloga Clínica e Hospitalar – Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária/RJ. E-mail: crisfig@aol.com.

Helene Shinohara: Professora e Supervisora do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Mestre em Psicologia Clínica. Rua Jardim Botânico, 674/108, Rio de Janeiro, RJ. CEP:22481-000. E-mail: shinohara@montreal.com.br.