



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

LUÍSA SOFIA ORTÚZAR COSSICH

**COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA CLÍNICA DO
TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Rio de Janeiro

2025

LUÍSA SOFIA ORTÚZAR COSSICH

**COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA CLÍNICA DO
TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada ao
Departamento de Psicologia do Centro
de Teologia e Ciências Humanas da
Pontifícia Universidade Católica do
Rio de Janeiro como requisito parcial
para a obtenção do título de bacharel
em psicologia.

Orientadora: Maria Amélia Penido

Rio de Janeiro
2025

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento vai para meus pais, Sandra Sofia e Edson José, sem os quais eu não chegaria onde cheguei. Obrigada por terem me criado com todo o zelo do mundo, por terem me amado incondicionalmente desde o dia em que nasci e por terem investido tanto na minha educação, da qual eu estou colhendo os frutos hoje. Obrigada por acreditarem em mim, por sempre torcerem pelo meu sucesso e por estarem presentes nos dias de chuva e nos dias de sol. Obrigada por terem me carregado nos braços nos momentos em que eu não conseguia levantar. Eu não podia pedir por pais melhores e não teria chegado onde cheguei sem o apoio de vocês.

Obrigada mãe, por ser a pessoa fantástica que você é. Com seu coração enorme você foi o melhor exemplo que eu pude ter ao longo da vida. Você me ensinou as habilidades mais importantes que alguém pode ter na vida, que são a gentileza, o carinho e a compaixão. Sem esses ensinamentos eu não seria a pessoa que eu sou hoje. Obrigada por me aceitar do jeito que sou. Obrigada pai, por estar presente na minha vida. Por ter me ensinado a ser perseverante, dedicada, honesta. Obrigada por ter me emprestado sua força quando eu precisei. Vocês dois são os pilares que me sustentam. Obrigada por serem a minha família.

Queria agradecer aos meus irmãos Carlos e Alda, os quais, apesar da distância, marcaram presença na minha vida e me apoiaram. Obrigada também ao meu gato Teco, por deitar ao lado do meu computador e me fornecer suporte mesmo sem saber. Um agradecimento especial para a minha psicóloga, a qual me ajudou muito em um período transformador da minha vida. Obrigada, Bárbara, por me ouvir sem julgamentos.

Muito obrigada a minhas melhores amigas da vida Camila, Cecília, Mariana e Vitória. Vocês são as irmãs do meu coração, o grupo que faz eu me sentir eu mesma. Obrigada por me fazerem rir, por tornar minha vida mais colorida e por estarem comigo para rir e chorar juntas. Vocês quatro são as estrelas quando eu preciso de um norte e eu sou muito sortuda por ter vocês em minhas vidas. Obrigada também a todos os meus amigos da faculdade, em destaque a minha parceira Yasmin Patrícia, a qual tornou a experiência da faculdade mais leve e me ensinou que é possível criar amizades verdadeiras na vida adulta.

Finalmente, muito obrigada à minha orientadora e supervisora Maria Amélia Penido, por ter me orientado para a confecção desta monografia, por ter acompanhado e guiado meu desenvolvimento enquanto profissional e me ensinado uma lição valiosa: a de que é possível existir aprendizado com autocompaixão.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo analisar quais são as competências essenciais para o terapeuta cognitivo-comportamental, destacando os fatores comuns e específicos relativos à prática clínica dessa abordagem. Por meio de uma revisão narrativa de literatura, foram examinadas produções científicas nacionais e internacionais que abordam o tema das competências terapêuticas, bem como sobre o processo de aquisição e aprimoramento dessas habilidades no contexto da terapia cognitivo-comportamental, o qual inclui a supervisão baseada em evidências e exercícios de autoprática e autorreflexão. Nessa revisão foi possível observar que as competências terapêuticas na TCC constituem um campo amplo, multifacetado e ainda pouco sistematizado, especialmente no contexto brasileiro. A diversidade de modelos encontrados — variando entre fatores comuns, específicos e competências multiculturais — revela a necessidade de esforços mais robustos para integrar essas propostas e desenvolver sistemas de avaliação e treinamento mais consistentes. Assim, essa discussão pode contribuir para a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais competentes e compromissados com a prática ética e científica da psicologia clínica.

Palavras-chave: Competências. Competências terapêuticas. Habilidades terapêuticas. Terapia cognitivo-comportamental. Psicoterapia.

ABSTRACT

This study aims to analyze the essential competencies required of the cognitive-behavioral therapist, highlighting both the common and specific factors related to the clinical practice of this approach. Through a narrative literature review, national and international scientific works addressing therapeutic competencies were examined, as well as literature on the process of acquiring and improving these skills within the context of cognitive-behavioral therapy, which includes evidence-based supervision and self-practice/self-reflection exercises. This review showed that therapeutic competencies in CBT constitute a broad, multifaceted, and still insufficiently systematized field, especially in the Brazilian context. The diversity of models identified — ranging from common and specific factors to multicultural competencies — reveals the need for more robust efforts to integrate these proposals and to develop more consistent evaluation and training systems. Therefore, this discussion may contribute to the training of competent cognitive-behavioral therapists committed to the ethical and scientific practice of clinical psychology.

Keywords: Competencies. Therapeutic competencies. Therapeutic skills. Cognitive-behavioral therapy. Psychotherapy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. AS COMPETÊNCIAS TERAPÉUTICAS NA PRÁTICA DA PSICOTERAPIA.....	3
2.1 Fundamentos da terapia cognitivo-comportamental.....	3
2.2 Definindo competências terapêuticas.....	5
3. COMPETÊNCIAS TERAPÉUTICAS: FATORES COMUNS E ESPECÍFICOS.....	10
3.1 Fatores comuns no processo de mudança terapêutica.....	10
3.2 Fatores específicos para a prática da terapia cognitivo-comportamental.....	15
4. DIRETRIZES DA APA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS TERAPÉUTICAS.....	27
4.1 Competências de acordo com a APA e o papel das competências multiculturais	27
4.2 O processo de avaliação e aprendizagem das competências na terapia cognitivo-comportamental.....	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

1. INTRODUÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem psicoterapêutica criada nos Estados Unidos por Aaron Beck na década de 60. Desde seus primórdios, a TCC é caracterizada por sua base empírica e preocupação com as evidências científicas, tendo sua eficácia comprovada para o tratamento para diversos transtornos mentais atualmente. Ela possui algumas particularidades, dentre elas seu foco no momento atual de vida do paciente e no estabelecimento colaborativo de objetivos terapêuticos que devem ser cumpridos ao longo do tratamento, o qual possui uma estrutura de começo, meio e fim. Além disso, a principal base para essa abordagem é o entendimento de que os pensamentos influenciam nas emoções e nos comportamentos das pessoas. Com isso, a TCC busca flexibilizar cognições e crenças distorcidas visando a mudança comportamental e a melhora na qualidade de vida (Beck, 2021).

Devido à natureza da abordagem, faz-se necessário que o terapeuta cognitivo-comportamental saiba a maneira correta de estruturar o tratamento, bem como desenvolver o raciocínio clínico adequado para determinado caso e aplicar as técnicas corretamente. Por isso, é possível afirmar que existem competências essenciais para a prática clínica da terapia cognitivo-comportamental, as quais são indispensáveis no processo de aprendizagem de terapeutas, visto que impactam diretamente na qualidade do tratamento (Alves, 2016).

Nesse sentido, é válido esclarecer que o termo competência refere-se às características pessoais indispensáveis na execução de uma atividade (Brandão & Borges-Andrade, 2007). O conceito de competência aparece em diversas áreas do saber e engloba o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes apresentados por uma pessoa (Brandão & Borges-Andrade, 2007). Já para a terapia cognitivo-comportamental, a competência é um construto complexo e há muita discussão em torno de sua definição. De maneira geral, trata-se do desempenho adequado de um psicoterapeuta para aplicar a abordagem no contexto clínico (Barber et al., 2007; Kaslow, 2004).

Existem diversas teorias que procuram conceituar as habilidades clínicas, dentre elas, algumas defendem a divisão entre componentes gerais ou comuns e componentes específicos (Kaplowitz, Safran, & Muran, 2011). Os gerais são as competências existentes em todas as

psicoterapias, independente da linha teórica. Já os fatores específicos, referem-se às competências específicas para a prática clínica da terapia cognitivo-comportamental.

A ausência de consenso sobre o que e quais são as competências clínicas na TCC apontam uma necessidade de se estudar mais o tema. Destarte, a relevância desse trabalho se destaca como contribuição para aprofundar esse debate, apontando os diferentes pontos de vista sobre as competências em psicoterapia. Ainda, esse estudo se justifica pois o conhecimento acerca de quais são as habilidades esperadas em uma prática clínica de qualidade e de como desenvolvê-las ajuda na capacitação de profissionais que praticam a psicologia baseada em evidências adequadamente.

Diante disso, o presente trabalho é uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional, cujo objetivo é compreender quais são as competências necessárias para o terapeuta cognitivo-comportamental e como ocorre o processo de aquisição e aprimoramento dessas competências dentro do contexto do que há de mais recente na literatura científica. Este trabalho permitiu identificar que a prática clínica competente na TCC depende da integração equilibrada entre habilidades técnicas, conceituais, relacionais e culturais. O estudo evidenciou que competências como estruturação de sessão, conceitualização cognitiva, empirismo colaborativo, questionamento socrático e manejo da relação terapêutica emergem como centrais para uma intervenção efetiva.

2. AS COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS NA PRÁTICA DA PSICOTERAPIA

2.1 Fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck nas décadas de 60 e 70. Inicialmente denominada “Terapia Cognitiva”, era caracterizada por sua estrutura, curta duração, atenção voltada ao presente e era utilizada para o tratamento de pacientes deprimidos (Beck, 1964). Atualmente é uma abordagem com evidências para o tratamento de diversas psicopatologias, sendo considerada o “padrão ouro” de psicoterapia (David et al., 2018). Essa abordagem baseia-se no pressuposto que as interpretações e os pensamentos suscitados por determinadas situações influenciam diretamente no estado de humor de uma pessoa, o que, consequentemente, impacta suas ações (Beck, 2021).

Inicialmente, Aaron Beck era psicanalista e, ao atender pacientes com depressão, percebeu que existia uma classe de pensamentos rápidos que surgiam em suas mentes em forma de qualificações negativas sobre si mesmos. A partir disso, Beck observou que todos seus pacientes deprimidos possuíam o que ele denominou de “pensamentos automáticos”, os quais estavam vinculados às suas emoções. Ele começou a tratá-los ensinando a identificar, avaliar e a responder de forma mais adaptativa esses pensamentos distorcidos e, com isso, os pacientes começaram a melhorar. Ao longo de décadas a TCC foi evoluindo, sendo testada e adaptada para outros transtornos e queixas e é uma psicoterapia amplamente utilizada no mundo todo (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

O modelo teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental propõe que os pensamentos originados em determinadas situações influenciam a emoção e o comportamento do paciente. Destaca-se que não é a situação em si que determina como o indivíduo vai se sentir e agir, e sim como ele interpreta e pensa sobre aquela situação (Beck, 1964). Como destaca, Judith Beck (2021):

“As reações das pessoas sempre fazem sentido depois que sabemos o que elas estão pensando” - Beck, 2021

Dessa forma, avaliar o pensamento de forma mais realista melhora o humor negativo, o que, por consequência, diminui o comportamento mal-adaptativo (Beck, 2021). Além disso,

a TCC elucida que existem três níveis básicos de processamento cognitivo: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (A. Beck et al., 1997). Após a identificação desses três elementos, o terapeuta é capaz de entender o funcionamento geral do paciente, construindo sua conceitualização cognitiva (Beck, 2021 & Wright et al., 2018).

Os pensamentos automáticos compõem o nível mais superficial de cognição. Eles são rápidos e parecem “brotar” na mente de maneira espontânea quando o indivíduo avalia o significado de determinado acontecimento em sua vida (Wright et al., 2018). Na maioria das vezes, esses pensamentos não passam por uma análise racional mais aprofundada, então são assimilados como verdadeiros pelos pacientes, o que desencadeia alterações no afeto, comportamento e fisiologia. Por isso, o terapeuta deve ensiná-los a identificar e a questionar a veracidade desses pensamentos. É relevante ressaltar que uma mesma situação pode suscitar diferentes interpretações a depender do indivíduo, o que está atrelado à sua história de vida e às suas crenças (Beck, 2021).

As crenças pertencem a um nível mais profundo de cognição do que os pensamentos automáticos. De acordo com A. Beck et al. (1997), as crenças centrais são ideias ou verdades absolutas que uma pessoa têm sobre si, sobre os outros e sobre o mundo - noção denominada de tríade cognitiva - e representam os mecanismos desenvolvidos pelas pessoas para lidar com situações do dia a dia. De acordo com Beck (1997), elas são desenvolvidas ao longo da infância por meio de interações com pessoas significativas e de experiências repetidas que fortaleçam essa ideia. Também chamadas de crenças nucleares, elas costumam ser globais, generalizadas e absolutistas, desenvolvendo-se ao longo da vida inteira e, por serem tão rígidas e estruturantes para o indivíduo, acabam sendo difíceis de serem articuladas (Beck, 2021).

Já as crenças condicionais correspondem ao nível intermediário de cognição e existem entre os PAs e as crenças centrais. Elas influenciam a visão que o paciente tem de uma situação, o que vai determinar como ele se comporta (Beck 2021). Tratam-se de regras, atitudes ou pressupostos que se concretizam de maneira imperativa por meio de afirmações do tipo “se...então” ou “deveria” (Leahy, 2006). O conjunto de crenças condicionais são aprendidas ao longo da vida para dar sentido e significado às experiências vividas pelo indivíduo no mundo (White, 2003) e estão relacionadas às crenças centrais (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2010).

O terapeuta capacitado deve possuir as habilidades necessárias para identificar e trabalhar os três níveis de cognição e gerar modificações duradouras no comportamento do paciente. Para alcançar esse objetivo, é de vital importância a construção da conceitualização cognitiva, a qual é um mapa do funcionamento do paciente. Com isso será possível traçar um plano de tratamento que promova a flexibilização de crenças que se tornaram desadaptativas e passaram a gerar sofrimento. Quanto mais profunda for a crença reestruturada, maior será a mudança (Beck, 2021). É de suma importância para a Terapia Cognitivo-Comportamental o entendimento que as crenças desadaptativas foram aprendidas a partir da história de vida individual. Portanto, é possível aprender novas crenças adaptativas e fortalecê-las com o auxílio do terapeuta, para abrir caminho a interpretações mais construtivas da realidade (Beck, 2021).

Nesse sentido, o entendimento acerca das competências terapêuticas relaciona-se com a prática clínica da terapia cognitivo-comportamental, visto que, como o paciente deve aprender maneiras mais saudáveis de pensar e agir, o terapeuta deve ser capaz de ensinar essas habilidades. Para isso ser possível, o psicólogo deve passar pelo processo de aprendizagem frequentando aulas, cursos e supervisões, onde vai adquirir as bases teóricas sobre a abordagem para, em seguida, aprender e desenvolver essas competências profissionais.

2.2 Definindo Competências Terapêuticas

O movimento da Psicologia Baseada em Evidências vem crescendo nas últimas décadas, por isso existe um esforço para o desenvolvimento de diretrizes para práticas clínicas adequadas. (Melnik, Meyer & Sampaio, 2019) (APA, 2005). Apesar dos altos índices de validação científica atestando a eficácia da TCC, nota-se uma disparidade entre a pesquisa e a prática clínica. Portanto, existe uma preocupação com o processo de aprendizagem e treinamento de terapeutas para garantir o desenvolvimento de habilidades adequadas. Entretanto, essa discussão ainda é recente, principalmente na América Latina e no Brasil (Scotton et al., 2021). Na busca de entender como ocorre o desenvolvimento dessas habilidades, é necessário compreender o conceito de competência, para, em seguida, entender como esse termo se aplica à prática da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Primeiramente, é importante destacar que a noção de competência não está presente apenas no campo da Psicologia, mas também em diversas outras áreas, como na educação,

onde possui sentido de “saber”, e no trabalho, onde significa “qualificação” (Perez, 2005). A definição de competência é complexa e multifacetada e pode se referir ao conjunto de características pessoais necessárias para realizar determinada atividade, bem como ao desempenho manifestado em determinado contexto, ou seja, comportamentos e realizações no trabalho (Brandão & Borges-Andrade, 2007). Destarte, competência pode ser compreendida como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que propiciam o desempenho do indivíduo (Brandão & Borges-Andrade, 2007).

É válido explicar que o conhecimento é a compreensão dos princípios teóricos e seus objetivos. Trata-se de possuir a informação sobre determinado assunto, isto é, saber o quê e saber o porquê. Já a dimensão da habilidade diz respeito à técnica ou à capacidade de colocar o conhecimento em prática, articulando-o de forma produtiva ou “saber como fazer”. Enquanto a dimensão de atitude envolve aspectos sociais, afetivos e motivacionais. Trata-se de disposição, determinação, isto é, do grau de aceitação ou rejeição de uma pessoa em relação à ação, ou “querer fazer” (Brandão & Borges-Andrade, 2007; Brandão & Guimarães, 2001; Carbone, Tonet, Bruno, Silva, Izidio, 2016).

Essas três dimensões de competência se complementam e são interdependentes entre si, pois é necessário ter o domínio de todas para manifestar um comportamento no trabalho. Portanto, é possível afirmar que a competência profissional é um conjunto de saberes demonstrados em situações concretas, que são indispensáveis para praticar uma profissão de forma adequada e qualificada (Barletta, Delabrida, & Fonseca, 2012). Nesse sentido, é possível afirmar que as competências apresentadas por um psicólogo clínico impactam a qualidade de seus atendimentos, influenciando o desfecho do tratamento (Alves, 2016). Logo, a busca por entender quais são os requisitos indispensáveis para o terapeuta cognitivo-comportamental se torna importante para o profissional desenvolver uma prática clínica eficaz.

Inicialmente, é válido apontar que o conceito de competência em Terapia Cognitivo-Comportamental é um construto complexo, por isso não há consenso na literatura científica em relação à sua definição. Logo, existem diversas tentativas de definir e classificar as competências terapêuticas. Por exemplo, Barber et al. (2007) e Kaslow (2004) entendem a competência terapêuticas como o quanto um psicoterapeuta demonstra conhecimento e habilidades necessárias para aplicar corretamente a TCC de acordo com as melhores

evidências disponíveis para um problema do paciente, levando em consideração seus pontos fortes, valores e suas necessidades.

Já de acordo com a American Psychology Association (APA, 2024) a competência deve ser entendida como a extensão em que o terapeuta possui e integra conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para realizar um tratamento adequado. Brandão & Bahry (2014) e Fung & Lo (2017) acrescentam que a combinação desses três domínios são expressas pelo desempenho profissional em determinado contexto e adquiridas por meio do processo de aprendizagem.

Outra proposta para definição de competência em psicoterapia foi realizada por Anderson e Hill (2017) que classificaram quatro grandes grupos de habilidades: técnicas, conceituais, relacionais e culturais. As habilidades técnicas se referem às intervenções, ou seja, estratégias e técnicas utilizadas pelo terapeuta em sessão. As habilidades relacionais dizem respeito a como o terapeuta se expressa emocionalmente e como respondem às necessidades de cada paciente. Já as habilidades conceituais envolvem o conhecimento adequado do referencial teórico para desenvolver uma boa compreensão e organização do caso. Essas habilidades envolvem o tratamento como um todo, porém também podem ser observadas em momentos específicos, como no planejamento das sessões e na escolha de intervenções baseadas nas metas terapêuticas e na conceitualização de caso.

As habilidades culturais englobam a compreensão de aspectos da cultura tanto do paciente quanto do terapeuta e como elas podem afetar cada um. Questões relativas à etnia, classes sociais e gênero são determinantes para a análise do caso e para a relação terapeuta-cliente. Por isso, é vital entender como as possíveis diferenças e semelhanças afetam a relação terapêutica e, por consequência, influenciam o processo. Esses quatro conjuntos de habilidades terapêuticas formam uma divisão didática que serve para auxiliar a avaliação do repertório dos profissionais.

É importante apontar que esses quatro grupos formam habilidades interligadas, as quais o terapeuta deve saber integrar. É possível que um profissional tenha habilidades desenvolvidas de maneira desequilibradas, como ter uma boa conceituação de caso e bom embasamento teórico (habilidades conceituais), mas ter dificuldades na aplicação de intervenções (habilidades técnicas) ou não levar em consideração as diferenças culturais do paciente (habilidades culturais). Essa sistematização ajuda na organização do clínico para

analisar seu repertório enquanto psicoterapeuta e impacta o ensino e a formação de futuros profissionais na área.

Ademais, alguns estudos também dividem as competências em gerais, presentes em toda prática clínica independentemente da abordagem e em competências específicas, que caracterizam e diferenciam cada linha teórica (Kaplowitz, Safran, & Muran, 2011). No que diz respeito à Terapia Cognitivo-Comportamental, Honorato e Barletta (2016) sugerem a diferenciação em quatro classes de competências indispensáveis: teóricas, técnicas, interpessoais e de autoconhecimento do terapeuta as quais devem estar interligadas na prática clínica.

Um estudo realizado por Scotton et al (2021) buscou na literatura latino-americana o que se entende por competências essenciais para a TCC. As categorias definidas para a análise foram competência analítica, social, instrumental e de autoconhecimento do terapeuta. A analítica refere-se ao conhecimento teórico sobre a TCC, isto é conhecimento acerca do sistemas de crenças do paciente, do modelo teórico e das técnicas da abordagem. As competências sociais referem-se à forma de se relacionar e a conduta com o paciente e englobam empatia, comunicação, assertividade e respeito. Já instrumental é definida pela capacidade de aplicação das técnicas e procedimentos em TCC e destacam-se o estabelecimento de metas, proposição de planos de ação, construção da conceitualização cognitiva, realização de psicoeducação, registro de pensamentos, identificação e explicação de distorções cognitivas e planejamento da próxima sessão.

A American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (AADPRT) aponta diretrizes para avaliar o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos terapeutas que estão aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental. De acordo com a AADPRT, é indispensável que o terapeuta demonstre conhecimento acerca do modelo cognitivo comportamental; dos conceitos de pensamentos automáticos, erros cognitivos, esquemas e princípios do comportamento; de formulações cognitivo comportamentais para transtornos comuns e de indicações para TCC (Sudak, et al 2001). Também é essencial demonstrar entendimento sobre justificativas para estruturar as sessões, a colaboração e a resolução de problemas, bem como de princípios básicos da psicoeducação, dos métodos comportamentais e de técnicas cognitivas, como a modificação de pensamentos automáticos e esquemas e da importância da educação continuada (Sudak, et al 2001).

Ademais, Wright (2018) aponta que dentre as habilidades essenciais do terapeuta cognitivo-comportamental estão avaliar e conceitualizar os pacientes, estabelecer e manter uma relação terapêutica colaborativa, saber ensinar sobre o modelo da TCC, os esquemas e as crenças ao paciente. Também é indispensável saber estruturar as sessões por meio da agenda, feedback, prescrição e revisão dos planos de ação e trabalhando os problemas-chave. O terapeuta competente também deve saber programar atividades e fazer uso de técnicas de registro de pensamentos, exposição gradual, relaxamento e prevenção de recaídas. Além disso, precisa reconhecer seus próprios pensamentos e sentimentos acionados na terapia e buscar supervisão quando necessário (Sudak, et al 2001).

A literatura aponta que realizar o tratamento de maneira competente contribui para bons resultados (Wright, 2008), porém existem poucas evidências a respeito de quais seriam os principais fatores responsáveis pelo efeito terapêutico (Isolan, Pheula, & Cordioli, 2008). Tal dificuldade para identificar esses elementos é justificada pela complexidade dos fatores envolvidos na terapia, tanto em relação ao paciente, como valores e cultura, quanto em relação ao terapeuta e ao vínculo entre as duas partes.

Nesse cenário, o estudo científico das competências terapêuticas se torna necessário para desenvolver a qualidade da formação de psicólogos, baseando o ensino em evidências empíricas. Com isso, é possível identificar quais as competências indispensáveis a um terapeuta cognitivo-comportamental, contribuindo para desenvolver formações de qualidade e orientando terapeutas e supervisores sobre os melhores critérios de avaliação das competências profissionais em psicoterapia (Alves, 2016).

3. COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS: FATORES COMUNS E ESPECÍFICOS

3.1 Fatores comuns no processo de mudança terapêutica

O crescimento recente da psicoterapia baseada em evidências busca responder o que torna a psicoterapia eficiente. Assim, busca-se entender quais são as características de um processo terapêutico eficaz. Como já foi dito anteriormente, não há consenso na literatura científica sobre qual seria o melhor modelo para apontar quais as características necessárias de um psicoterapeuta competente. Logo, existem diversas propostas para responder esse questionamento (Oshiro & Vartanian, 2023).

De um lado, o argumento dos fatores específicos afirma que um tratamento eficaz é resultado de intervenções e modalidades terapêuticas específicas (Chambless, & Ollendick, 2001). Por outro lado, a teoria dos fatores comuns afirma que todas as terapias compartilham aspectos que interferem na mudança e na evolução dos pacientes (Thomas, 2006). A fins de discussão e estudo, esse trabalho divide as competências em fatores comuns e específicos para dar ênfase não apenas às habilidades de todo psicoterapeuta, mas também às particularidades presentes na prática clínica da terapia cognitivo-comportamental.

Antes de apontar quais são os fatores comuns em psicoterapia é importante ressaltar que essa teoria não descarta os fatores específicos de cada abordagem, apenas aponta que elas compartilham características que influenciam na efetividade clínica. Um dos modelos mais conhecidos do estudo dos fatores comuns é o proposto por Lambert (1992), o qual aponta quatro fatores promotores de mudança clínica. Os fatores externos de mudança clínica correspondem aos aspectos da vida do paciente que estão fora do controle da terapia, como características do paciente desenvolvidas ao longo de sua história pré-terapia e eventos relevantes de vida, como casamento, mudanças de trabalho, ingresso no ensino superior etc. Além disso, o ambiente e a rede de apoio do paciente também podem favorecer ou desfavorecer as mudanças promovidas em terapia.

Já os fatores comuns são aqueles presentes em várias abordagens. Eles englobam a aliança terapêutica e os elementos que a sustentam, como empatia, acolhimento, aceitação e validação, os quais são influenciados pelas habilidades interpessoais do terapeuta. Enquanto isso, os fatores técnicos englobam a abordagem do terapeuta, as ferramentas, testes e

intervenções estruturadas. Por fim, os fatores de expectativa são a confiança e credibilidade que o paciente atribui a psicoterapia (Lambert, 1992).

Outro modelo de fatores comuns foi proposto por Wampold (2015), o qual defende que os mecanismos de mudança em psicoterapia ocorrem a partir de diversos mecanismos, em destaque para três pilares principais centrados na relação terapêutica. O primeiro pilar é o relacionamento real, o qual permite troca genuína e a percepção de como o processo afeta ambas as partes. É importante apontar a natureza única da relação entre o terapeuta e o paciente, já que a confidencialidade abre espaço para abordar temas difíceis sem a ameaça do terapeuta cortar a relação.

O segundo pilar diz respeito à expectativa sobre o desenvolvimento das demandas e tratamentos, a qual indica o quanto o paciente entende o processo como cooperativo e capaz de fornecer ferramentas para lidar com suas queixas, sendo facilitado pelo acordo entre terapeuta e cliente acerca de seus objetivos na terapia. Por fim, o terceiro pilar envolve os ingredientes específicos, isto é, as ações e técnicas realizadas pelo profissional com o objetivo de promover saúde e melhora clínica. Essas ações específicas podem contribuir para flexibilizar formas mal adaptativas de pensar sobre o mundo e aumentar a autocompaixão, a capacidade de expressar emoções difíceis e de se colocar na perspectiva de outra pessoa. Com isso, ocorre a diminuição da incidência de comportamentos que produzem sofrimento (Wampold, 2015).

Além disso, Wampold (2015) também destaca a aliança terapêutica, a qual é resultado de um acordo entre terapeuta e paciente para desenvolverem objetivos em comum e definirem quais serão as atividades realizadas fora do setting clínico. Já a empatia é a capacidade de ouvir, validar, aceitar e acolher o paciente para criar o vínculo. Também envolve a habilidade do terapeuta de ser afetado pelo estado emocional do paciente, o que ajuda a entender possíveis razões para ele se sentir daquela forma e compreender melhor sua queixa. O autor também aborda as expectativas individuais do paciente acerca da própria intervenção e aponta que é uma variável difícil de ser mensurada. As expectativas culturais referem-se ao fato de que determinados grupos podem valorizar mais uma ou outra abordagem dependendo de suas características, o que acaba impactando nas expectativas do sujeito e, logo, nos resultados do tratamento.

Além disso, Sant'Ana (1999) aborda o processo de formação do psicoterapeuta e aponta que o terapeuta iniciante deve desenvolver determinadas habilidades. Ele deve saber

reconhecer compreender e minimizar ou sanar as dificuldades do paciente. A autora reforça a ideia de que existem itens necessários para a prática eficiente do psicoterapeuta independentemente da abordagem terapêutica. Segundo ela, os aspectos teóricos relacionam-se ao modelo teórico utilizado, bem como procedimentos e métodos terapêuticos. Já as habilidades interpessoais correspondem à sensibilidade e à racionalidade, isto é, a aptidão para levantar hipóteses sobre o caso, determinar a queixa e não se influenciar pelas crenças do paciente. Também é preciso possuir habilidades técnicas e interpessoais para saber aplicar as técnicas de acordo com a necessidade do paciente. Por fim, o autoconhecimento do próprio terapeuta também deve ser considerado, bem como seu comportamento em sessão (Freitas & Noronha, 2007).

Nesse sentido, Rangé et al. (1998) descreveram alguns comportamentos demonstrados em sessão pelo terapeuta devidamente capacitado, sendo eles empatia, aceitação, interesse genuíno, calor humano e compreensão; seguidos de apoio, aprovação, confirmação, reforçamento, diretividade, organização do andamento das sessões, questionamentos de informações relevantes, clarificação e estruturação no que se refere ao processo de psicoterapia, interpretação, confrontação e crítica das discrepâncias no comportamento e no discurso do cliente. Similarmente, Yukimitsu (1999) apontou que empatia, autenticidade e cordialidade são habilidades relevantes para o terapeuta, bem como o manejo da ansiedade em sessão para facilitar a interação com o paciente.

O estudo dos fatores comuns evidencia as competências clínicas que afetam o resultado da terapia. Isso torna possível direcionar a atenção para os processos que fazem sentido para o paciente e terapeuta, otimizando tempo de sessão, esforço e análises, sem ignorar a relação genuína de confiança. Em outras palavras, trata-se de compreender que os fatores comuns potencializam a efetividade das intervenções sem desconsiderar a individualidade das teorias (Oshiro & Vartanian, 2023).

É válido considerar que o modelo dos fatores comuns sofreu diversas críticas, principalmente por razões metodológicas e empíricas. A psicologia baseada em evidências aponta que as diversas abordagens funcionam devido às suas particularidades, como procedimentos, técnicas e estratégias e não necessariamente por causa do que têm de semelhante. Segundo a PBE, esse modelo desconsidera características específicas do paciente, como possíveis diagnósticos psiquiátricos e diversidade de demanda, o que pode contribuir para que certas abordagens demonstrem mais efeito do que outras. (Leonardi & Meyer, 2015).

Além disso, não existe um consenso na literatura acerca de quais seriam os fatores comuns e pouca presença deles em pesquisas sobre eficiência e eficácia das psicoterapias. Vale ressaltar que a ideia de que eles são os únicos responsáveis no processos de mudança pode desestimular o aprimoramento das técnicas por não gerarem efeito significativo (Isolan et al., 2008). Evidentemente, apesar de não haver unanimidade, o estudo desse modelo justifica-se pelo fato de não existir processo terapêutico sem fatores comuns, assim como não pode-se ignorar as pesquisas que demonstram evidência científica para certas intervenções.

Também é relevante considerar que esses fatores comuns não existem de forma separada das competências clínicas exigidas pela Terapia Cognitivo-Comportamental, visto que eles interagem de maneira dinâmica com o raciocínio clínico e com as técnicas da TCC. Por exemplo, a aliança terapêutica é basal para o paciente aceitar o questionamento de crenças e cognições, a empatia e a flexibilidade são importantes para adaptar o tratamento às idiossincrasias do indivíduo e a psicoeducação faz diferença no desenvolvimento de expectativas adequadas em relação ao tratamento. Dessa forma, o Terapeuta Cognitivo-Comportamental eficiente é capaz de integrar as habilidades e ferramentas características de sua abordagem, sem perder de vista as competências gerais e o interesse genuíno pela pessoa que está atendendo.

Para além da divisão entre fatores comuns e fatores específicos, é válido considerar os fatores ou efeitos do terapeuta (Lut & Barkham, 2015), isto é, a contribuição atribuída ao terapeuta pela eficácia da terapia já que o profissional é parte fundamental do processo (Tsai et al., 2009). Em geral, terapeutas mais eficazes tendem a definir objetivos e tarefas de modo colaborativo com o cliente, a demonstrar confiança na condução do processo, a serem responsivos com o paciente e a serem autocríticos. Atingir objetivos pré-estabelecidos por meio de tarefas que foram definidas colaborativamente fortalece o vínculo entre terapeuta e paciente, o que é determinante para uma boa aliança terapêutica entre as partes. Por isso, terapeuta e paciente devem estar de acordo em relação aos objetivos de terapia e a quais métodos serão usados para alcançá-los (Oshiro & Vartanian, 2023).

O sucesso do processo terapêutico também depende da capacidade do clínico de demonstrar confiança na condução do processo terapêutico e de transmiti-la para o paciente. Essa habilidade origina-se de uma formação em princípios psicológicos, na prática clínica, na elaboração de uma boa conceituação de caso e na supervisão. Para além disso, o terapeuta deve ser honesto e verbalmente fluente para transmitir a ideia de que o paciente é capaz de

mudar por meio da psicoterapia. Além de demonstrar confiança, o clínico deve saber construir uma conexão genuína com o paciente, para isso é necessário que ele seja responsivo durante a sessão (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Isto é, responder de maneira adequada às necessidades do paciente levando em conta o momento de sessão e do processo terapêutico como um todo (Kanamota et al., 2019).

Dessa forma, o profissional deve tomar decisões sobre o quê e quando falar. Também é importante ter uma variabilidade de repertório de respostas, fazendo uso de diferentes intervenções e reflexões (Zamignani & Meyer, 2011). Para que isso seja possível, o clínico precisa estar conectado de forma real, mantendo uma postura de interesse com o paciente. Ademais, terapeutas que se sentem confortáveis em relacionamentos intensos e que toleram sentimentos negativos em relação a clientes e se permitem serem transformados por essa interação também tendem a ser clínicos mais efetivos (Oshiro & Vartanian, 2023).

Finalmente, psicoterapeutas autocríticos são aqueles que se questionam a respeito do seu trabalho e reconhecem seus limites e falhas. Para isso, é necessário adotar uma postura aberta e flexível. Destarte, o terapeuta estará consciente de suas crenças e disposto a aceitar o paciente respeitando sua diversidade e a ouvir temas frequentemente considerados tabus como religião, preconceito e política (Hays, 2008). O psicólogo autocrítico tem consciência das consequências de suas ações em sessão e está disposto a aprender com o feedback do cliente para assumir erros, pedir desculpas e modificar sua postura em sessão se necessário (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Ademais, essa característica mobiliza o profissional para buscar aprimorar suas habilidades terapêuticas ao longo da carreira.

É notável que esses fatores estão intimamente articulados com as habilidades esperadas de um terapeuta cognitivo-comportamental. A definição colaborativa de objetivos, por exemplo, é parte estruturante da clínica em TCC, visto que garante que terapeuta e paciente estejam alinhados, mantém as expectativas do paciente realistas e propõe que o paciente seja participante ativo de seu processo. A variabilidade de repertório e a fluência verbal também fazem parte do arcabouço de habilidades interpessoais necessárias na TCC para transmitir confiança ao paciente e para desenvolver a relação terapêutica, sem a qual é impossível realizar um tratamento eficaz.

Ademais, a adoção de uma postura autocrítica, flexível e pautada em raciocínio clínico é vital para o terapeuta cognitivo-comportamental não cair em uma prática ineficaz e superficial da abordagem. Destarte, a terapia cognitivo-comportamental se mostra uma

abordagem completa, estruturada tanto no repertório técnico, como no raciocínio clínico e no plano de tratamento individualizado que leva em conta todas as particularidades do paciente e seus objetivos.

3.2 Fatores específicos para a prática da terapia cognitivo-comportamental

Como já foi dito anteriormente, a terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem estruturada focada em valores e na resolução de metas terapêuticas. Ela segue alguns pressupostos básicos, como o desenvolvimento de plano de tratamento baseado na conceitualização cognitiva, a ênfase na participação ativa do paciente e em seus aspectos positivos, além de focar na mudança do pensamento, do humor e do comportamento (Beck, 2021). Para que isso seja possível, é essencial que o clínico desenvolva determinadas habilidades específicas e saiba aplicá-las de maneira coerente com o raciocínio clínico da abordagem.

Dentre as habilidades esperadas para um terapeuta cognitivo-comportamental, Prasko et al (2011) destacam o desenvolvimento da estrutura da sessão, do empirismo colaborativo, da relação terapêutica e da conceitualização cognitiva. Kazantzis et al (2017) também reforçam a importância do empirismo colaborativo e acrescentam o questionamento socrático como elemento específico da TCC. Este trabalho objetiva abordar e explicar essas habilidades a seguir.

As práticas de definir colaborativamente a agenda, saber estabelecer ritmo e objetivos de sessão são competências essenciais na terapia cognitivo-comportamental, pois servem de estrutura para o processo, o qual tende a ser menos efetivo se for desorganizado. Kazantzis et al (2017) afirmam que a relação terapêutica afeta a estrutura da sessão e vice-versa, por isso também é relevante que ela seja flexível dependendo do paciente. Assim, o terapeuta deve saber estruturar a sessão sem ficar excessivamente rígida e levar em consideração o uso eficiente e produtivo do tempo, bem como a necessidade do cliente e seus próprios valores enquanto terapeuta.

A estrutura de uma sessão de TCC pode variar a depender das necessidades do paciente (Beck, 2011). Entretanto, geralmente apresenta um padrão dividido em abertura ou início, seguido da fase de trabalho e do final ou conclusão. Possui duração de 50 minutos, mas esse tempo pode variar em casos mais complexos ou em terapia de grupo ou família e casal. O

terapeuta deve começar pela avaliação do humor, a qual pode ser feita com autorrelato do paciente ou de maneira mais formal, como com uma escala. Além disso, ele deve estar atento a eventuais incongruências em relação a como o paciente afirma estar se sentindo e o que ele está demonstrando por meio da linguagem não verbal (Kazantzis et al., 2017).

Os autores acrescentam que após a avaliação do humor, o psicoterapeuta deve fazer uma ponte com a sessão anterior, bem como perguntar sobre o plano de ação. Existe a possibilidade de que plano de ação não tenha sido feito, o que pode indicar a ativação de algum esquema do paciente. Também é possível que a proposta de intervenção não tenha ficado clara para o paciente, não combinou com seus objetivos terapêuticos ou não teve o resultado esperado. Seja qual for o motivo, é importante que esses obstáculos sejam discutidos na sessão, pois dão informações sobre o funcionamento do paciente para o terapeuta.

Em seguida, ambas as partes devem trabalhar juntas para definir a agenda. É possível que o profissional queira trabalhar algo específico ou perguntar se há algum tema que o paciente gostaria de trazer para a sessão. Os dois devem definir quais são os tópicos mais relevantes a serem trabalhados e quais podem ser deixados para depois, enquanto o terapeuta deve ser capaz de manejá-la sessão para que nenhum tópico seja explorado insuficientemente (Kazantzis et al., 2017).

Alguns pacientes vão precisar de mais ajuda para organizar a agenda, como aqueles com depressão ou prejuízo cognitivo. Alguns podem tentar conversar para evitar entrar em assuntos mais difíceis e nesses casos, o terapeuta deve orientar a conversa para o assunto da agenda. Comportamentos como esses devem ser utilizados para a construção da conceitualização do caso. Vale lembrar que a agenda é flexível e é possível que um novo assunto mais importante surja, porém o terapeuta deve evitar ficar “pulando” de tópico em tópico, pois pode indicar alguma resistência do paciente com assuntos difíceis (Kazantzis et al., 2017).

Após a conclusão da agenda, o psicoterapeuta deve entender socraticamente qual é a questão, quando e como ocorreu, quais os comportamentos, pensamentos e emoções que surgiram na situação e quais foram as estratégias de coping usadas pelo paciente e qual significado ele atribuiu ao evento. A depender da urgência do paciente do estágio do processo terapêutico, também é possível desenvolver novas estratégias ou elaborar um plano de enfrentamento. Caso o problema seja menos urgente, o psicólogo pode levar um tempo

examinando cada pensamento e seus respectivos significados, que vão ser incluídos na conceitualização e observar possíveis alvos de intervenção. Outra possibilidade é realizar psicoeducação, treinamento de habilidades ou intervenções cognitivas. Em seguida, o terapeuta pode propor alguma prática para ser realizada durante a semana, bem como dar ou pedir feedback para encerrar a sessão e, se necessário, perguntar como o paciente está se sentindo (Kazantzis et al., 2017).

Alguns pacientes podem ter outras formas de discutir suas queixas psicossociais ou achar a estrutura da TCC muito limitada. Nesse caso, o terapeuta cognitivo-comportamental deve saber explicar o motivo de a sessão ser estruturada ou propor um experimento para verificar se a sessão foi mais produtiva com ou sem a estrutura, o que pode demonstrar os benefícios dessa organização para o paciente. Como já foi dito anteriormente, é de extrema importância que o terapeuta saiba equilibrar adequadamente a estrutura da sessão de modo a não prejudicar a relação terapêutica.

A construção da relação terapêutica com o paciente é uma das habilidades mais importantes da TCC e pode ser definida como o vínculo entre terapeuta e paciente, com o objetivo de compartilhar pensamentos e emoções íntimas (Kazantzis et al., 2017). No contexto da Terapia cognitivo-comportamental, tanto os fatores comuns, como empatia e escuta atenta do paciente, quanto os fatores específicos, como colaboração, empirismo e diálogo socrático são relevantes para a construção e manutenção da relação terapêutica (Kazantzis et al., 2017). Nesse sentido, para criar vínculo com o paciente, o psicólogo competente deve saber como e quando aplicar essas habilidades.

A Terapia cognitivo-comportamental é erroneamente criticada por ignorar o papel da relação terapêutica, entretanto, as evidências apontam que ela não é apenas importante, como também prediz melhores resultados terapêuticos (Leahy, 2008). Historicamente, a capacidade de estabelecer um vínculo com o paciente sempre esteve presente na TCC. Por exemplo, no primeiro manual de tratamento para depressão, Aaron Beck e colaboradores (1979) escreveram um capítulo dedicado à relação terapêutica, no qual eles destacaram as habilidades de aconselhamento rogeriano de acolhimento, acurácia, empatia, autenticidade e confiança.

Apesar disso, é verdade que a estrutura da TCC, se utilizada de maneira excessivamente rígida, pode prejudicar a fluidez da dinâmica terapeuta-paciente (Okamoto et al., 2019). Por isso, é vital que o profissional saiba equilibrar adequadamente a estrutura da sessão e do tratamento com as características que compõem uma relação genuína, afetuosa e

colaborativa. É válido lembrar que a relação terapêutica não existe como uma habilidade separada da estrutura, pelo contrário, o estabelecimento colaborativo de agenda, objetivos e feedback ajuda a construir e a fortalecer o laço entre as partes (Beck, 2013). Destarte, a relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental não é estática, pois trata-se de um processo contínuo, interativo e que envolve as respostas tanto do paciente quanto do terapeuta (Leahy, 2008).

O modelo teórico tripartido divide a relação terapêutica em três elementos que interagem entre si: aliança terapêutica, transferência e relação real. A aliança é a parte consciente do contrato terapêutico e refere-se à capacidade do clínico de trabalhar junto do paciente para alcançar os resultados desejados. Já a transferência é o fenômeno que engloba o conjunto de crenças do paciente que vão interferir na relação. A relação real, por sua vez, diz respeito às crenças, percepções e ações realistas do paciente e do terapeuta, incluindo a expressão autêntica dos sentimentos de gostar, respeitar e confiar um no outro (Gelso & Carter, 1994). Esses três elementos estão presentes em todas as abordagens teóricas, mas a relação terapêutica na TCC possui algumas particularidades importantes, como o empirismo colaborativo.

A colaboração e o empirismo são elementos da relação terapêutica específicos da Terapia Cognitivo-Comportamental. Juntos eles formam o empirismo colaborativo e ambos são fundamentais para a abordagem, visto que a colaboração depende da participação ativa do cliente, enquanto o empirismo serve como base do conhecimento. É importante lembrar que nem todo paciente pode ser encaixado no mesmo modo de tratamento, por isso é fundamental que o terapeuta desenvolva a habilidade de usar a colaboração e o empirismo considerando a individualidade de seu cliente (Kazantzis et al., 2017).

A colaboração é definida como o trabalho compartilhado entre terapeuta e cliente. Essa divisão nem sempre é igual para ambas as partes, já que dependendo do caso o terapeuta precisa direcionar mais as sessões. Isso pode ocorrer no início do processo terapêutico ou se o nível de estresse e sofrimento do paciente for muito alto. Mas em geral, o terapeuta cognitivo-comportamental estimula o paciente a ser “seu próprio terapeuta” e o apoia em seu processo de crescimento (Rogers, 1961). À medida que o tratamento avança, o psicoterapeuta comanda cada vez menos o processo, enquanto o paciente toma à frente.

A realização de um processo terapêutico colaborativo requer que ambas as partes trabalhem em equipe, o que propicia o paciente a adquirir cada vez mais autonomia em sua

própria terapia. Além disso, o terapeuta deve manter uma postura não interpretativa e não diretriz, com o objetivo de respeitar a perspectiva do paciente (Ribeiro et al., 2013). Na prática, a colaboração aparece no uso de linguagem inclusiva com expressões como “Vamos dar uma olhada nisso...” ou “Nós podemos...”. Também é preciso realizar perguntas abertas, buscar sugestões, opiniões, ideias e pedir feedback dos pacientes.

A colaboração na TCC também depende das prioridades e preferências do paciente, bem como da responsividade do terapeuta em relação às suas escolhas e contribuições. Em geral, quanto mais o psicólogo reforça a participação do paciente, maior é a probabilidade do processo se desenvolver. Similarmente, ao ter suas contribuições ignoradas, o paciente torna-se menos provável de se esforçarativamente na terapia. Esse processo de reforço e encorajamento da participação do cliente requer julgamento clínico e entendimento da formulação do caso (Kazantzis et al., 2017).

Já o empirismo em terapia cognitivo-comportamental refere-se à capacidade de ajudar o paciente a utilizar o método científico no seu dia a dia para dar sentido às suas experiências. Também diz respeito ao quanto às técnicas da psicoterapia estão baseadas na experiência do cliente e, logo, o quanto podem chegar no cerne da questão que causa maior reação emocional (Beck et al., 1979). Os princípios do empirismo envolvem a identificação e avaliação de emoções e pensamentos. Assim, o terapeuta ajuda o paciente a avaliar suas experiências por meio da identificação dos pensamentos e crenças a serem testados. Depois, eles consideram possíveis alternativas, identificam o grau de convicção nessas ideias e recolhem dados.

O terapeuta cognitivo-comportamental deve sugerir que o paciente olhe para suas próprias experiências como hipóteses que podem ser testadas por meio de experimentação. Recolhendo dados obtidos a partir dessas experimentações, o paciente pode avaliar o quanto suas crenças prévias são corretas ou úteis. Aos poucos o paciente aprende a incorporar essa estratégia em sua vida e descobre novas percepções de maneira independente. É válido mencionar que esse processo não é fornecer “alternativas racionais” para os pensamentos automáticos que surgem nas situações. Vai além de simplesmente “corrigir” o paciente ou “provar que o ponto de vista dele está errado”, pois o terapeuta adota princípios do método científico para formular e testar hipóteses a respeito da experiência subjetiva do paciente. Assim, ele pede para que o paciente observe seu pensamento com base em sua experiência subjetiva, podendo encontrar evidência contra ou a favor do pensamento (Kazantzis et al., 2017).

Na prática clínica o empirismo pode ocorrer por meio de técnicas comportamentais, como programação de atividades, regulação emocional, exposição e treinamento de habilidades interpessoais. A formulação de hipóteses deve ser feita na hora de identificar o que o paciente acha que vai ocorrer nas situações estressoras (Persons et al., 2013). É importante notar que o objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental não é mudar o conteúdo dos pensamentos, e sim, ajudar o indivíduo a desenvolver novos processos em seu pensamento. Assim, a terapia ajuda o paciente a se auto examinar e a se autoquestionar (Petrik et al., 2013).

É possível que o terapeuta opte por usar uma abordagem mais diretiva, como pedir para o paciente se expor ao mundo e evitar conclusões precipitadas ou para focar na sensação corporal. Esses exemplos são menos empíricos, pois o terapeuta sugere um novo pensamento para o paciente, sem estimular a autodescoberta dele. Essas intervenções não são totalmente erradas, porém são menos empíricas e estão menos alinhadas com o que originalmente foi proposto como empirismo em terapia cognitivo-comportamental (Kazantzis et al., 2017).

Colaboração e empirismo são vistos como elementos separados, pois um terapeuta cognitivo-comportamental pode ser muito colaborativo sem ser empírico e vice-versa. Entretanto, o profissional deve desenvolver a capacidade de combinar as duas habilidades, utilizando o empirismo colaborativo em sua prática clínica para, junto com seu paciente, criar hipóteses a serem testadas. No empirismo colaborativo, o paciente tem autonomia em seu processo e desenvolve autoeficácia, o que aumenta sua motivação para participar em determinada técnica ou estratégia terapêutica (Markland et al., 2005).

Com isso, os pacientes que escolhem ativamente as estratégias a serem utilizadas veem a si próprios como seu próprio agente de mudança e assumem responsabilidade pelas mudanças positivas que acontecem em sua vida (Deci & Ryan, 2010). Logo, o empirismo colaborativo implica que terapeuta e paciente contribuem de forma igualmente ativa na identificação e na resolução de problemas, o que promove uma horizontalização do vínculo profissional (Kristensen, 2023).

Outra competência esperada para a relação terapêutica na TCC é o manejo da transferência e da contratransferência, para manter a aliança e melhorar a eficácia do processo terapêutico (Norcross & Wampold, 2018). O conceito de transferência na terapia cognitivo-comportamental se refere à reprodução de elementos de relacionamentos importantes da vida do paciente na relação terapêutica. Isto é, as formas do paciente de pensar

e agir em relacionamentos são repetidas no *setting* terapêutico. O psicólogo deve reconhecer a transferência e identificar os pensamentos e crenças subjacentes em colaboração com o paciente. Em seguida, eles devem avaliar quais são os esquemas desadaptativos e padrões comportamentais presentes para entender seus efeitos na relação (Kristensen, 2023).

A contratransferência, por sua vez, indica o conjunto de sentimentos e cognições despertados no terapeuta a respeito do paciente em resposta à transferência. Um fato muito importante sobre esse fenômeno é que esses pensamentos, crenças e emoções despertados no profissional costumam reproduzir aqueles despertados em pessoas da vida do paciente. Com isso, o terapeuta devidamente capacitado pode colher informações sobre para identificar os padrões de interação disfuncionais do paciente que podem ser alvos de intervenção na psicoterapia (Kristensen, 2023).

Uma das competências mais importantes para o manejo da contratransferência é o automonitoramento dos sentimentos e pensamentos voltados ao paciente para identificá-los e relacioná-los aos objetivos terapêuticos. Além disso, para automonitorar adequadamente sua contratransferência, o clínico também precisa reconhecer sua humanidade, incluindo a consciência de seus próprios esquemas, crenças desadaptativas e estratégias de enfrentamento que podem afetar negativamente a relação terapêutica. (Kristensen, 2023). Dessa forma, é possível utilizar esse material como fonte de mudança clínica desejada (Leahy, 2007).

Outra habilidade importante para a relação terapêutica na TCC é a autorrevelação, a qual têm por objetivo a criação de uma vulnerabilidade compartilhada, a normalização de sentimentos disfóricos e o fortalecimento da relação real. O profissional realiza a autorrevelação quando se identifica com algum relato do paciente e descreve o que passou, como se sentiu, como lidou com situação e ainda, contar o quanto a experiência semelhante do paciente foi tocante (Kristensen, 2023). Isso gera um senso de pertencimento e sofrimento compartilhado, o que também desmistifica a imagem idealizada do terapeuta que o paciente pode ter criado, além de aumentar a esperança de melhora (Gelso, 2019).

O psicólogo que trabalha com TCC não pode esquecer que a autorrevelação deve ter uma função terapêutica. Seu propósito é aumentar o senso de conexão e servir de modelação para o paciente, inspirando-o a lidar com sua própria experiência (Beck, 2007). É importante que o clínico utilize essa habilidade com cautela, sempre observando a receptividade do paciente e pedindo feedback para verificar se o paciente se beneficiou pelo relato. Além disso,

qualquer compartilhamento deve seguir os limites éticos profissionais que norteiam a terapia cognitivo-comportamental (Kristensen, 2023).

Como em qualquer vínculo humano, a relação terapêutica está sujeita à rupturas e o manejo correto delas é responsabilidade do profissional. As rupturas podem ser percebidas na falta de cooperação, nos problemas de comunicação e na diminuição na motivação de uma ou ambas as partes da dupla terapêutica. O clínico deve estar atento ao estilo de enfrentamento predominante do paciente, o qual vai influenciar o estilo de comunicação da ruptura. Por exemplo, pacientes evitativos podem demonstrar uma ruptura faltando às sessões, chegando atrasado ou não fazendo os planos de ação (Kristensen, 2023).

Assim como a relação terapêutica como um todo, as rupturas costumam repetir padrões de comportamento relacionais que podem estar causando conflitos na vida do indivíduo. Com isso, esse fenômeno pode ser alvo de intervenções que visem explorar as distorções cognitivas e os modos de enfrentamento disfuncionais e buscar cognições e atitudes alternativas mais funcionais e compatíveis com o propósito terapêutico. É relevante que o terapeuta saiba manejá-las, pois a inaptidão em identificá-las pode fortalecer esquemas desadaptativos e enfraquecer a aliança (Kristensen, 2023).

Outra habilidade esperada nas sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental é o questionamento socrático, o qual é usado para auxiliar o paciente a tomar consciência sobre seus pensamentos, examiná-los, identificar distorções cognitivas e desenvolver novos padrões de pensamento (Kazantzis, et al., 2017). Dessa forma, ele pode ser definido como um processo relacional que facilita os processos de mudança cognitiva em TCC, as quais promovem mudanças na vida do paciente (Newman, 2013) (Waltman et al., 2023).

Trata-se de um elemento específico da TCC e envolve uma forma de comunicação do psicoterapeuta que estimula a participação ativa do paciente para criar estratégias de mudança cognitiva e avaliar o conteúdo de seus pensamentos. Realizou-se uma discussão colaborativa, na qual o terapeuta realiza perguntas abertas, fechadas, resumos, reflexões e sugestões (Padesky, 1993). Assim, esse método busca compreender o problema, explorar novas informações e facilitar a descoberta. As perguntas vão evoluindo ao longo do processo, buscando primeiro entender e explorar a questão, até chegar a alguma descoberta por meio de perguntas sintetizadoras e mudança de perspectiva. Ademais, é importante que o terapeuta evite fazer perguntas agressivas, que podem “atacar” o cliente, mantendo a postura

compassiva, empírica, tendo curiosidade genuína e respeitando o conhecimento do paciente (Kazantzis, et al., 2017).

Waltman et al (2023) apontam que o intuito do questionamento socrático é ensinar as pessoas a verem as situações de forma diferente por conta própria. Para esse objetivo ser possível o terapeuta deve se alinhar ao paciente, entender seus processos cognitivos, para, então, promover mudanças em sua vidas. De acordo com os autores, o questionamento socrático segue um passo a passo. Inicialmente é necessário focar nas principais cognições a serem atingidas, ou seja, identificar quais pensamentos-chave estão mais conectados às dificuldades do paciente para serem reestruturados.

Em seguida, o terapeuta precisa compreender o paciente de maneira fenomenológica, isto é, entender e demonstrar que faz todo o sentido para ele pensar de determinada forma e validá-lo empaticamente. Depois disso, terapeuta e paciente trabalham juntos por meio da curiosidade colaborativa para expandir essa visão e entender o que o paciente não está enxergando devido aos filtros atencionais. Finalmente, realiza-se um resumo e uma síntese em que a dupla terapêutica busca conciliar as suposições iniciais com as novas descobertas (Waltman et al., 2023).

Nesse sentido, o questionamento socrático permite a descoberta e a realização de teste empíricos que sejam baseados na experiência individual do paciente, o que promove sua motivação intrínseca para o processo de psicoterapia e a modificação comportamental e cognitiva (Poisk et al., 2023). Assim, ele possui mais resultados terapêuticos do que o ato de simplesmente fornecer instruções didáticas ou sugestões para o paciente. No que diz respeito à competência do terapeuta na prática do diálogo socrático, uma conversa baseada em persuasão ou que é vaga e claramente induz o paciente a certa conclusão corresponde a uma baixa habilidade nessa técnica. Já um nível alto de competência no método socrático envolve diálogos significativos para o paciente que respeitem sua perspectiva (Kazantzis, et al., 2017).

É válido apontar que, para além do método socrático, a TCC utiliza uma variedade de técnicas como recurso para flexibilizar o pensamento, o humor e o comportamento (Beck, 2021). O terapeuta devidamente preparado sabe que as intervenções cognitivo-comportamentais têm efeito melhor se são adaptadas para o contexto e necessidades do paciente. De acordo com Newman (2013), as competências essenciais relativas à aplicação de intervenções são estabelecer e manter o foco no tratamento, reconhecer fatores que interferem na terapia e aplicar procedimentos específicos da TCC. Essas ferramentas ajudam

os paciente a compreender e a lidar com suas questões comportamentais, emocionais, cognitivas e interpessoais e incluem automonitoramento, reestruturação cognitiva, ativação comportamental, resolução de problemas e treinamento de habilidades.

Já a conceitualização cognitiva é considerada o “coração” da TCC e pode ser entendida como uma “mapa” que orienta o trabalho a ser realizado com o paciente (Beck, 1997). Kuyken, Padesky e Dudley (2010) definem a conceitualização como o processo no qual a dupla terapêutica participa colaborativamente para descrever e explicar as dificuldades apresentadas pelo paciente. A construção da conceitualização de caso colaborativa é uma competência clínica essencial para a TCC, já que é central para o sucesso do processo terapêutico (Gilboa-Schechtman, 2024).

De acordo com Rangé (2004), para construir a conceitualização cognitiva é necessário realizar um levantamento dos dados e queixas do paciente, incluindo a explicação para o desenvolvimento e manutenção dessas dificuldades. Além disso, o terapeuta eficaz deve saber como investigar determinados aspectos do paciente, como diagnóstico, problemas atuais, estressores precipitantes, predisposições familiares, pensamentos automáticos e crenças (Wright et al., 2008).

Saber construir a conceitualização é importante não apenas para entender o funcionamento do paciente, mas também para elaborar o plano de tratamento individual, pois auxilia na escolha das metas terapêuticas e das intervenções cognitivas e comportamentais a serem usadas (Knapp & Beck, 2008). Sem a conceitualização de caso, o terapeuta corre o risco de resumir o tratamento à aplicação de técnicas sem raciocínio clínico, o que resulta um trabalho ineficaz (Neufeld & Cavenage, 2010). Esse fato aponta, mais uma vez, o quanto importante é saber fazer a conceitualização cognitiva na TCC. Após a construção da conceitualização é possível voltar o foco às intervenções cognitivas e comportamentais, as quais constituem na mudança dos pensamentos automáticos, emoções e comportamentos disfuncionais. À medida que o tratamento avança é possível atingir a mudança em crenças intermediárias e centrais, bem como trabalhar a prevenção de recaída para uma transformação mais duradoura. (Beck, 1997; Rangé, 2001).

Kuyken, Padesky e Dudley (2010) propõem uma metáfora para explicar a conceitualização de caso. Trata-se de um “caldeirão” onde vários elementos se misturam formando um novo produto. Ou seja, as dificuldades e experiências do paciente são combinadas com teoria e pesquisa para originar uma explicação única daquela pessoa. Nesse

caldeirão existem três princípios chaves que servem como “guias” para o terapeuta: os níveis de conceitualização, o empirismo colaborativo e a incorporação dos pontos fortes e da resiliência do paciente.

Em relação aos níveis de conceitualização, primeiro os problemas são trabalhados de forma descritiva, para depois seguir a um nível explanatório, o qual explica a manutenção dos sintomas. Já o empirismo colaborativo é necessário para combinar os conhecimentos tanto do terapeuta quanto do paciente. Nesse sentido, o profissional contribui com seu repertório técnico e teórico e o paciente com seu próprio entendimento de si e de sua demanda. Com isso, ambas as partes se ajudam mutuamente para desenvolver um entendimento compartilhado do paciente (Kuyken et al., 2010). Esse fator mostra que o empirismo colaborativo contribui não somente na relação terapêutica, mas também na construção da conceituação de caso e do plano de tratamento, evidenciando como as habilidades em TCC estão interconectadas.

O terceiro nível descrito é a incorporação dos pontos fortes e da resiliência do paciente e propõe uma visão que inclua não apenas a sintomatologia, mas também as potencialidades do indivíduo. Com isso, a conceitualização deve abarcar os problemas do paciente, bem como seus recursos para lidar com eles, o que contribui para o entendimento da pessoa como um todo (Sudak, 2008). Com essa perspectiva, é possível aliviar o sofrimento e trilhar o caminho para a recuperação duradoura por meio do fortalecimento da resiliência do paciente (Kuyken et al., 2010).

Naturalmente, a proposta de inclusão dos pontos fortes não exclui a relevância de saber fazer a conceitualização baseada em modelos para transtornos específicos. Ambas podem ser empregadas paralelamente, para fornecer uma explicação mais rica do paciente, incluindo seu entendimento personalizado, bem como sintomas e dificuldades que se repetem em pessoas com a mesma psicopatologia (Kuyken et al., 2008). Destarte, pode-se afirmar que o conhecimento acerca dos modelos teóricos explicativos de conceitualização cognitiva para transtornos e grupos específicos é fundamental na TCC (Neufeld & Cavenage, 2010).

Unindo as informações previamente disponíveis na literatura, Neufeld e Cavenage (2010) propuseram uma sistematização da conceitualização cognitiva como uma sequência de sugestões para auxiliar clínicos a desenvolverem habilidades referentes a essa técnica. De acordo com as autoras, para desenvolver uma conceitualização cognitiva eficaz, o clínico precisa psicoeducar o paciente acerca do modelo cognitivo, para fazer o levantamento de

situações, pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas no cotidiano do paciente. Em seguida, a dupla terapêutica deve registrar as situações vividas pelo paciente no Diagrama de Conceitualização Cognitiva. O par deve preenchê-lo colaborativamente com os significados atribuídos pelo paciente a cada situação, bem como as crenças, intermediárias, centrais e estratégias compensatórias.

As autoras acrescentam que após o preenchimento do diagrama, é muito importante que o clínico verifique se o paciente entendeu sua própria conceitualização cognitiva e que trata-se de um processo cíclico em que seus comportamentos acabam reforçando as crenças. O terapeuta deve usar uma visão normalizadora dos conteúdos identificados, já que pode ser um momento sensível no processo terapêutico, bem como deixar claro que esses conteúdos apenas refletem parte de seu funcionamento e que criar consciência disso é o primeiro passo para a mudança. Depois disso, o par terapêutico pode, colaborativamente, discutir e definir quais aspectos devem ser prioridade nas intervenções (Kuyken et al., 2010).

É perceptível que a elaboração da conceitualização cognitiva é uma competência complexa, a qual requer a capacidade do clínico de formular e testar hipóteses coerentes para a vida de um indivíduo dentro de suas experiências e contexto particulares (Neufeld e Cavenage, 2010). Portanto, o profissional capacitado precisa dominar a teoria para analisar o funcionamento do sistema de crenças do paciente e testar suas hipóteses de forma colaborativa, sempre considerando suas particularidades individuais. Com isso, destaca-se a ideia de que a TCC, quando aplicada de maneira eficiente, fortalece as formulações teóricas sem negligenciar o contexto individual de cada paciente (Friedberg, et al., 2008).

4. DIRETRIZES DA APA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM DAS COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS

4.1 Competências de acordo com a APA e o papel das competências multiculturais

Para além das competências relativas à abordagem, o terapeuta cognitivo-comportamental deve estar a par das diretrizes que norteiam a prática científica e ética de sua profissão. No intuito de orientar esses profissionais, a Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association - APA) desenvolveu uma declaração sobre a Prática Baseada em Evidências em Psicologia, a qual apresenta orientações sobre a prática baseada em evidência no âmbito clínico divididas entre “processo de intervenção” e “colaboração e saúde integral” (APA, 2021). É notável que muitas das recomendações da APA coincidem com várias habilidades necessárias a um terapeuta cognitivo-comportamental discutidas no capítulo anterior.

No que diz respeito à colaboração e saúde integral do paciente, os psicólogos devem estar dispostos a trocar com outros profissionais da saúde para fornecer o melhor cuidado possível devido à natureza biopsicossocial do ser humano. É importante afirmar que o psicólogo competente busca promover a saúde geral do paciente, bem como seu funcionamento e bem-estar, indo além de tratar o que é disfuncional. Finalmente, a associação reitera a importância do estudo continuado e da necessidade do terapeuta de estar constantemente aprimorando suas habilidades clínicas para fornecer o melhor tratamento possível (APA, 2021)

Já no que tange ao processo de intervenção, o psicoterapeuta deve estar ciente dos princípios da prática baseada em evidência e saber integrar esses conceitos de maneira crítica, para desenvolver uma formulação de caso e um plano de tratamento adequado levando em consideração a cultura, o contexto e as características do paciente. (Health Service Psychology Education Collaborative, 2013)

Além disso, o profissional deve realizar uma avaliação adequada para o contexto, considerando a população-alvo da avaliação e o propósito dessa prática. O objetivo de uma avaliação psicológica deve esclarecer quais são as queixas e sintomas atuais do paciente, coletar informações para a construção da conceitualização cognitiva e conhecer suas características, forças, contexto sociocultural, preferências e objetivos que podem ser relevantes para o tratamento. Uma avaliação bem feita, pode, inclusive, contribuir para o

engajamento do paciente no tratamento. É importante frisar que, na avaliação, o profissional não deve ter uma visão reducionista do histórico de desenvolvimento e da bagagem sociocultural do indivíduo, para não patologizar comportamentos que são normativos para determinada cultura (APA, 2021).

A APA (2021) reforça a ideia de que o planejamento do tratamento deve ser feito de maneira colaborativa com o paciente, respeitando sua autonomia e objetivos para o tratamento. Ademais, o terapeuta deve cultivar e manter uma relação terapêutica eficaz, bem como adaptar sua metodologia a depender da cultura, características e preferências do paciente, para melhorar a eficácia do processo. Também é importante que o profissional saiba monitorar adequadamente o progresso do paciente e modificar sua metodologia clínica quando o paciente não está mais se beneficiando do tratamento ou dar alta quando os objetivos do tratamento foram alcançados.

Destaca-se que as diretrizes da APA (2021) dão ênfase à importância das competências multiculturais, as quais devem estar presentes durante todo o processo visto que, como já foi apontado, são necessárias tanto no estabelecimento do vínculo quanto na elaboração da conceitualização e plano de tratamento. As competências multiculturais dizem respeito à capacidade do terapêutica de se comunicar, interagir, negociar e intervir de forma sensível com paciente de diferentes origens culturais e identitários.

Trata-se de oferecer intervenções apropriadas para, por exemplo, minorias sociais, étnicas/raciais e de gênero/sexualidade. O terapeuta cognitivo-comportamental devidamente capacitado deve incluir as competências culturais em seu arsenal de conhecimento, visto que a cultura influencia como o indivíduo atribui sentido para suas experiências e lida com elas (Naeem, 2019). Dessa forma, a realidade sociocultural de uma pessoa impacta diretamente na construção de suas crenças (Beck, 2004).

O modelo das competências multiculturais de Sue e Sue (2008) mostra três competências básicas esperadas para psicoterapeutas. Segundo esse modelo, o profissional deve estar consciente de seus próprios valores, pressupostos e preconceitos sobre diferentes grupos sociais, pois certas visões sobre o comportamento humano influenciam a conduta do terapeuta na sessão. Também é importante compreender a visão de mundo e a diversidade cultural dos clientes e suas comunidades, já que muitas das teorias e intervenções psicológicas são produzidas a partir de uma visão ocidental, branca e hetossexual e nem sempre refletem a visão de determinados grupos sociais. Além disso, é importante desenvolver técnicas de

intervenção adequadas para cada caso, tomando cuidado para não invalidar certas experiências, já que nem todas as estratégias fazem sentido para todas as pessoas.

4.2 O processo de avaliação e aprendizagem das competências na terapia cognitivo-comportamental

Além de saber quais são as competências em terapia cognitivo-comportamental e como aplicá-las, também é necessário avaliá-las, ou seja, julgar a qualidade da performance de terapeutas na aplicação da TCC (Muse et al., 2022). Essa avaliação é importante para monitorar a prática clínica, assegurando um tratamento efetivo (Kazantzis, 2003) e garantindo que profissionais sejam capazes de aplicar os conhecimentos adquiridos em sua prática clínica (Kazantzis, 2003). Além disso, avaliar competências em TCC contribui para o desenvolvimento e aprimoramento dessas habilidades para o terapeuta iniciante, visto que oferece feedback estruturado, promove autoreflexão e guia aprendizados futuros (McManus et al., 2010a).

A avaliação de competências em TCC em contextos de treinamento serve para estabelecer se o terapeuta alcançou determinado nível de proficiência ou não (Muse and McManus, 2013). Vale apontar que a manutenção desse monitoramento é importante não só para estagiários, mas também para recém-formados e até para terapeutas experientes, pois garante a qualidade do atendimento e previne afastamento das práticas baseadas em evidência (Waller & Turner, 2016). É recomendado que essa avaliação faça parte das supervisões, principalmente em observações diretas de sessões ou role-plays. Essa prática é mais confiável do que apenas o relato da sessão, além de possibilitar o feedback do supervisor e ajudar na autoreflexão do supervisionando (Padesky, 1996). Nesse contexto, o uso de escalas é positivo, pois pode dar insights sobre a performance do supervisionando, bem como indicar condutas alternativas para a prática clínica.

A literatura indica que terapeutas cognitivo-comportamentais são imprecisos ao realizar sua própria avaliação, podendo superestimar sua capacidade como clínicos, por isso a autoavaliação não é recomendada como método formal para averiguar a qualidade do atendimento. Entretanto, a autoavaliação pode ser útil para treino de autoprática, de manejo do próprio processo de aprendizado e para identificação de dificuldades a serem trabalhadas (Beale et al., 2020). Já os supervisores são capazes de avaliar globalmente as habilidades de

um supervisando por já conhecer o contexto do tratamento, histórico do paciente e desempenho demonstrado pelo terapeuta ao longo do tempo e com outros pacientes. Assim, o supervisor pode criar feedbacks individualizados e apropriados para a etapa de desenvolvimento em que o terapeuta se encontra. Ademais, comentários fornecidos por colegas, apesar de ser menos preciso, pode ser muito positivo, pois estimula a prática de fornecer feedback descritivo, bem como de refletir sobre as próprias habilidades (Muse and McManus, 2013; Neufeld & Barletta, 2023).

Destarte, a supervisão baseada em evidências torna-se um espaço essencial para a formação de psicoterapeutas. É válido apontar que existem diferentes formas de realizar supervisão, visto que existem vários modelos e propostas que apresentam objetivos de aprendizagem diferentes (Barletta & Neufeld, 2020). No contexto da TCC, é importante que as características marcantes da abordagem estejam presentes na supervisão. A TCC é científica estruturada, fundamentada no empirismo colaborativo, educativa, baseada em metas, em feedbacks, em solução de problemas e em planos de ação e estruturada pela postura interativa do terapeuta (Neufeld & Barletta, 2023). Além disso, ela utiliza técnicas para identificar, avaliar e ressignificar cognições, bem como para o manejo de emoções e mudanças comportamentais. Destarte, é essencial que a supervisão em TCC use métodos de ensino que promovam o desenvolvimento dessas competências, mantendo a possibilidade de adaptar as intervenções ao paciente se necessário (Boswell & Constantino, 2022).

Levando em consideração a colaboração presente na TCC entre terapeuta e paciente, é necessário que ela esteja presente na supervisão também. Assim, existe uma relação interpessoal colaborativa entre supervisor e supervisando, na qual respeita-se a autoridade do profissional mais experiente ao mesmo tempo em que incentiva a autonomia do estagiário na construção do saber e no desenvolvimento de competências (Neufeld & Barletta, 2023). É muito importante destacar que o uso exclusivo do relato de caso não condiz com o modelo da TCC, visto que existe o risco do terapeuta ignorar alguns elementos da sessão, como comportamentos específicos emitidos por ele ou pelo paciente. Isso pode ocorrer por desconhecimento ou desatenção do terapeuta ou até por omissão proposital devido ao medo de ser julgado pelo supervisor. Assim, o supervisor não consegue ter uma noção verídica do real desempenho do aluno durante a sessão (Neufeld & Barletta, 2023).

Nesse cenário, a supervisão baseada em competência surgiu a partir da necessidade de averiguar e construir habilidades específicas em TCC. Nesse modelo estão presentes o

mapeamento de competências a partir dos achados mais recentes da literatura científica, estrutura de supervisão semelhante a uma sessão em TCC e avaliações e medidas de competências em supervisão. Miller (1990), Muse e McManus (2013) dividiram os métodos de avaliação de competência terapêutica em TCC em quatro níveis hierárquicos já abordados anteriormente. São eles: 1) saber (há domínio de conhecimento relevante?); avaliado por meio de questões de múltipla escolha; 2) saber como (sabe aplicar o conhecimento?); avaliado com relatos de casos e questões sobre vinhetas clínicas; 3) mostrar como (consegue demonstrar como deve ser feito?); avaliado com role-play; e 4) fazer (utiliza as habilidades na prática?); avaliado com sessões de tratamento realizadas por consultores e supervisores, autoavaliações dos supervisionandos, relatos de pacientes e resultados das sessões terapêuticas.

É possível utilizar mais de uma dessas estratégias, porém recomenda-se as do quarto nível, pois medem competência da prática propriamente dita. Também é importante que as competências sejam avaliadas em diferentes momentos do treinamento e da supervisão e que o nível mais básico seja ensinado primeiro e o mais alto por último à medida que o aprendizado progride (Lewis et al., 2014). Assim, os profissionais devem adquirir primeiro o conhecimento teórico para depois colocá-lo em prática. É válido lembrar que as competências clínicas são multidimensionais, ou seja, são compostas por várias dimensões e domínios que se inter-relacionam. Cada uma dessas dimensões requer tempo para ser desenvolvida, por isso também é recomendado que o terapeuta ou estudante enriqueça sua formação por meio de leituras, participação em palestras, atividades experenciais, supervisões socráticas e exposição a atividades de autoprática e autorreflexão (Corrie & Lane, 2015).

Os programas de autoprática e autorreflexão consistem em estratégias de treinamento experiencial para terapeutas que oferecem uma experiência estruturada para os profissionais aplicarem a terapia cognitivo-comportamental em si mesmos e, em seguida, refletir sobre o que aprenderam. Os profissionais devem escolher um problema profissional ou pessoal e usar a TCC para identificar, formular e abordar o problema. Depois da autoprática realiza-se a uma autorreflexão, a qual é mais frutífera se for anotada e discutida com colegas (Bennett-Levy et al., 2023).

As evidências apontam que praticar a TCC em si mesmo facilita a aquisição e o refinamento das habilidades conceituais, técnicas, interpessoais e reflexivas dessa abordagem, além de contribuir para o crescimento da autoconsciência e autoconhecimento do terapeuta. Ademais, ao aplicar a TCC em si mesmo, o terapeuta tem a oportunidade de sentir na própria

pele os efeitos que uma técnica causa nos pacientes, podendo reconhecer possíveis dificuldades ou motivos de resistência e elaborar soluções. Por conta disso, esse programa afeta a atitude dos terapeutas em relação aos pacientes, aumentando a empatia e aprofundando a relação terapêutica. Com isso, a autoprática e a autorreflexão melhoram a compreensão e as habilidades referentes à TCC, bem como reforçam a crença do terapeuta de que trata-se de uma psicoterapia efetiva (Bennett-Levy et al., 2023).

Nesse sentido, a supervisão baseada em competências busca desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes clínicas no repertório do terapeuta em treinamento. São estabelecidos objetivos para desenvolver padrões de competência necessários para os atendimentos clínicos e procedimentos avaliativos são usados para mensurar essa aprendizagem (Barletta et al., 2021). O supervisor deve considerar as necessidades dos alunos, bem como quais são as competências essenciais para exercer a clínica, para responder às demandas dos pacientes e o tempo de supervisão. Assim, deve-se saber quais são as competências a serem alcançadas pelos terapeutas em treinamento para estabelecer as metas educativas. Também deve-se delinear como as competências serão medidas e quais modelos de avaliação de aprendizagem serão usados. Finalmente, o supervisor deve usar estratégias pedagógicas adequadas e realizar feedback mútuo. (Neufeld & Barletta, 2023).

No que diz respeito ao papel do supervisor, destacam-se as funções de ajudar a desenvolver repertório clínico do terapeuta, fortalecer entendimento e a conduta ética e cuidar do bem-estar do terapeuta, criando um ambiente emocionalmente seguro em que possam ocorrer feedback corretivos, reflexões difíceis, expressão de afetos e fortalecimento de recursos pessoais (Barletta & Neufeld, 2020; Corrie & Lane, 2015; Newman, 2013). O supervisor não entra no papel de detentor do conhecimento e tanto ele quanto o supervisionado possuem participação ativa no processo. Esse método estimula a responsabilidade e a proatividade do aluno, bem como a abertura para refletir sobre o próprio desempenho.

Essa autonomia esperada do aluno ou estagiário é a base teórica das metodologias ativas de ensino, as quais estimulam o estudante a solucionar problemas e, assim, promover seu desenvolvimento e construir aprendizagem significativa (Mitre et al. 2008). O aprendizado ativo difere-se do tradicional na medida que permite mais interação entre os participantes, tornando o ambiente motivador, trazendo o foco para a construção do saber e de habilidades de maneira dinâmica (Marques et al., 2021).

O uso de metodologias ativas de ensino começou em cursos da área da saúde, mas atualmente diversas áreas do conhecimento fazem uso dela, visto que possibilita um estudo mais consistente e atende as demandas da profissionalização por meio de métodos de ensino mais construtivistas (Marques et al., 2021). Na psicologia, as metodologias ativas de ensino são uma maneira de possibilitar maior aquisição de conhecimentos e reflexões acerca do que é aprendido a fim de qualificar e preparar o profissional (Neufeld & Barletta, 2023).

Em relação ao uso de métodos ativos de ensino na Psicologia, a aprendizagem gira em torno da reflexão e discussão em grupos de problemas reais ou simulados referentes a diferentes demandas da psicologia. Esse formato relaciona-se diretamente com a supervisão baseada em competências, visto que possibilita o desenvolvimento de diferentes competências nos alunos, como capacidade de formular e comparar ideias, reflexão crítica, melhor retenção de conhecimento e capacidade da aplicação prática dos conceitos aprendidos (Neufeld et al., 2020).

Uma das formas de aplicar o aprendizado ativo na supervisão baseada em competências é por meio da prática deliberada, na qual a mesma habilidade é praticada várias vezes até ser aprimorada. A prática deliberada se baseia em cinco características: a observação do próprio trabalho, receber feedback de profissionais especialistas, estabelecer metas, realizar ensaios comportamentais e avaliar o desempenho. Com isso, as habilidades clínicas vão para a memória de trabalho do terapeuta, facilitando o acesso posterior, mesmo em contextos complexos (Boswell & Constantino, 2022).

O objetivo desse modelo de supervisão é tomar consciência de que sugerir uma mudança de comportamento do terapeuta não precisa gerar descrédito ou autocriticismo e que é possível crescer profissionalmente de maneira saudável, sem excesso de autocrítica, a qual pode influenciar negativamente o terapeuta (Penido & Rocha, 2022). Por isso afirma-se que a aliança entre supervisor e terapeutas na supervisão também é um fator importante para a aprendizagem. Se o supervisor cria um ambiente seguro e fornece feedback descritivo sem juízo de valor, os terapeutas se sentem mais confortáveis para compartilhar as dificuldades sem serem julgados (Barletta et al., 2021).

Já em relação aos comportamentos esperados do supervisando ele pode se preparar para a supervisão refletindo sobre os pontos que gostaria de levar para o encontro, rever suas dificuldades, preparar o caso clínico e rever a conceitualização do paciente. Ademais, espera-se que o supervisionando esteja aberto a participar das atividades, se permita olhar

para si, receber feedback do supervisor e de pares, bem como colocar em prática alternativas comportamentais em suas sessões (Barletta & Neufeld, 2020).

É relevante ressaltar que o caso clínico é um elemento importante para ser trabalhado na supervisão baseada em competências para esclarecer dúvidas e evitar alguma intervenção ou estratégia inadequada que possa gerar consequências iatrogênicas para o paciente. O que diferencia esse modelo é supervisão é no formato da apresentação do paciente, a qual é baseada na formulação de caso, no uso de estratégias ativas de ensino como gravação de sessão (Barletta et al., 2021) e role-plays, na prática deliberada, na supervisão socrática e em atividades de autoprática e autorreflexão (Bennett-Levy, 2006).

No que tange às competências multiculturais, elas também devem estar presentes nesse modelo de supervisão para preparar o terapeuta a ter sensibilidade às diferenças, como a pluralidade de gênero, sexual, religiosa e racial. Vale lembrar que a sensibilização às competências culturais também deve ser desenvolvida de maneira deliberada na supervisão. O supervisor deve introduzir o aprendizado sobre competências culturais logo no início do processo de supervisão (Hardy & Bobes, 2016) e entender que a diversidade é a regra e não a exceção no contexto clínico e em supervisão (APA, 2014).

Ademais, é importante manter o ambiente emocionalmente seguro para conversas sobre opressões socioculturais (Barletta et al., 2020), prestar atenção para as relações de poder e privilégio em supervisão (APA, 2014) e realizar exercícios de autoconhecimento e autorreflexão para examinar os próprios preconceitos (APA, 2014). Além disso, deve-se levar em consideração os desconfortos dos terapeutas no treinamento das dimensões culturais (Hardy & Bobes). Com isso, respeitando os princípios da Psicologia baseada em evidências, destaca-se as competências culturais como essenciais para essa prática (APA, 2014; Barletta & Neufeld, 2020).

Dentro do contexto da supervisão baseada em competências a aplicação de instrumentos validados para avaliar o terapeuta são vitais. Por exemplo, a escala CTS-R (Cognitive Therapy Rating Scale - Revised) é muito utilizada em estudos avaliativos de treinamento de terapeuta (Young & Beck, 1980). Ela também é usada para a seleção de terapeutas cognitivo-comportamentais para estudos clínicos randomizados e é considerada como padrão ouro para a avaliação em instituições e certificações internacionais (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2019; Academy of Cognitive and Behavioral Therapies, 2020).

A CTRS é uma escala de avaliação da qualidade da sessão e sua fidedignidade com relação aos pressupostos teóricos e técnicos da Terapia Cognitivo-Comportamental. A escala inclui habilidades terapêuticas gerais (feedback, colaboração, uso distribuído e eficiente do tempo e efetividade interpessoal), habilidades específicas em TCC (elicição de expressão emocional adequada, de cognições-chave e de comportamentos, descoberta guiada, integração conceitual, aplicação de métodos de mudança e definição do plano de ação) e um item restante (definição e adesão à agenda) (Blackburn, James, Milne, Baker et al., 2001).

O instrumento é composto por 11 critérios de avaliação, que são pontuados por um avaliador a partir do acesso à sessão por meio de observação direta ou gravação. Cada critério é relativo a um pressuposto da condução do tratamento e varia de 0 a 6, sendo 0 indicador de menor habilidade possível e 6 de maior habilidade possível para o critério (Moreno & Sousa, 2020). O uso da CTRS na autoavaliação é um importante meio de automonitoramento de forças e fragilidades do terapeuta e também contribui para a formação do profissional quando é usada por supervisores. Combinando as duas formas é possível contribuir para o avanço da qualificação dos terapeutas cognitivo-comportamentais, o que é fundamental para o crescimento das práticas baseadas em evidências em TCC.

Em síntese, há diversas formas de monitorar e melhorar competências terapêuticas e apesar de ser uma tarefa complexa, a avaliação dessas competências é de vital importância para a manutenção da qualidade da terapia cognitivo-comportamental. É necessário que a avaliação seja recorrente na prática clínica para promover autoreflexão e desenvolvimento profissional. Existem diversas formas de avaliar as competências de um psicoterapeuta, sendo que todas possuem vantagens e desvantagens. Devido ao caráter multifacetado das competências em TCC, é importante que a estratégia avaliativa escolhida leve em consideração o contexto e seu propósito, isso inclui qual método usar e como eles serão implementados (Muse et al., 2022).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo discorrer sobre as competências terapêuticas, mapear quais delas são indispensáveis para a prática clínica da terapia cognitivo-comportamental e explicar como elas são aplicadas no setting terapêutico. Foram apresentadas as bases teóricas da terapia cognitivo-comportamental e foi explicado que trata-se de uma abordagem com diversas características marcantes, como a estrutura, o foco no momento presente e o objetivo de flexibilizar pensamentos e crenças que podem estar causando mal-estar. Com isso, atesta-se que existe a necessidade de o profissional desenvolver determinadas competências para conseguir executar a abordagem de maneira coerente. Essas competências são úteis não somente para a execução de técnicas, mas também para ensinar ao paciente as habilidades necessárias em seu próprio processo de mudança.

Devido ao caráter empírico e científico da terapia cognitivo-comportamental existe um interesse em compreender o que torna o processo psicoterapêutico eficaz, além de buscar o ensino adequado da prática clínica para futuros profissionais. Nesse cenário, surgiram vários modelos teóricos na tentativa de definir e mapear as competências terapêuticas, não havendo ainda um consenso sobre sua definição, nem sobre quais delas são as principais dentro do contexto da TCC.

Uma das propostas para a classificação dessas competências foi elaborada por Anderson e Hill (2017) que classificaram quatro grandes grupos de habilidades: técnicas, conceituais, relacionais e culturais. Além disso, também foi evidenciado a divisão entre fatores comuns e específicos no processo de mudança em terapia, sendo as habilidades indispensáveis para a TCC apontadas por Honorato e Barletta (2016), divididas em quatro classes: teóricas, técnicas, interpessoais e de autoconhecimento do terapeuta.

O presente trabalho também destacou e explicou algumas das competências específicas da terapia cognitivo comportamental, como definição de estrutura, agenda, objetivos, estabelecimento de relação terapêutica e empirismo colaborativa, além da aplicação do questionamento socrático, de intervenções e da construção da conceitualização de caso colaborativa e do plano de tratamento (Kazantzis et al., 2017). Com isso, foi possível demonstrar como elas funcionam na prática e como afetam o resultado do tratamento.

Devido a falta de unanimidade que cerca o tema, essa revisão evidenciou lacunas significativas na literatura, especialmente no que diz respeito a instrumentos padronizados de

avaliação de competência, pesquisas brasileiras aplicadas à formação clínica, integração entre competências multiculturais e modelos cognitivo-comportamentais, estudos empíricos que associem competências ao progresso terapêutico real. Portanto, é evidente que investigações futuras nessas áreas são essenciais para fortalecer a qualidade da prática e da formação em TCC.

Para além de saber colocar em prática as competências terapêuticas, o trabalho aponta que é igualmente vital o conhecimento do seu processo de aquisição e avaliação. Os resultados reforçam que a formação do terapeuta deve contemplar não apenas o ensino teórico, mas processos estruturados de supervisão baseada em evidências (SCBE), práticas deliberadas, autopráctica e autorreflexão. Esses elementos não são acessórios, mas componentes centrais para o desenvolvimento real de competências, permitindo que o terapeuta integre conhecimentos, habilidades e atitudes de forma consistente ao longo do tempo.

Na terapia cognitivo-comportamental a supervisão baseada em competência entra em destaque como a principal forma de aprender e lapidar as habilidades práticas, bem como de ampliar o repertório do terapeuta em treinamento (Barletta et al., 2021). Ademais, oferece um espaço seguro para o feedback descritivo que visa o desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes clínicas sem a necessidade de autocriticismo, a qual não ajuda no processo de aquisição das competências (Penido & Rocha, 2022; Barletta et al., 2021). No que diz respeito à avaliação das competências, existem diversas formas, destacando-se a Cognitive Therapy Rating Scale - Revised (CTS-R), a qual avalia tanto competências gerais quanto específicas (Blackburn, James, Milne, Baker et al., 2001).

Destarte, conclui-se que é importante para o terapeuta cognitivo-comportamental estar sensível quanto a quais habilidades são necessárias para sua prática profissional e como desenvolvê-las. Dessa forma, é possível fornecer um tratamento ético pautado nas evidências. Ademais, a tomada de consciência do psicoterapeuta sobre quais habilidades já foram adquiridas e quais ainda precisam de aprimoramento contribui para o próprio processo de aprendizado. Também vale frisar que o conhecimento sobre o processo de aquisição dessas competências fornece meios para o clínico buscar novas habilidades, abrindo caminhos para a aprendizagem continuada. Assim, afirma-se que esse projeto cumpriu com seu objetivo de revisar o tema das competências terapêuticas indispensáveis para a terapia cognitivo-comportamental.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Academy of Cognitive and Behavioral Therapies (2020). Certification Process. Retirado de: <https://www.academyofct.org/page/CertProcess>

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(1):1-33.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *The American Psychologist*, 70(1), 33-46.

American Psychological Association. (2021). APA guidelines on evidence-based psychological practice in health care. Washington, DC: American Psychological Association Publications, 1-27.

Anderson, T., & Hill, C. E. (2017). The role of therapist skills in therapist effectiveness. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others: Understanding therapist effects*. American Psychological Association.

Barletta, J. B., & Neufeld, C. B. (2020). Novos Rumos da Supervisão Clínica em Terapia Cognitivo-Comportamental: conceitos, modelos e estratégias baseadas em evidências. *Procognitiva Programa de Atualização em TCC: ciclo, 7*.

Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S., & McCarthy, K. S. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 493–500. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.493>

Beale, S., Liness, S., & Hirsch, C.R. (2020). Trainee self-assessment of cognitive behaviour therapy competence during and after training. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 13.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (Trad.). Artmed. (Obra original publicada em 1979)

Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2019). The Beck Institute CBT Certification Process. Retirado de: <https://beckinstitute.org/certification-process>

Beck, A. T. (2005). Além da crença: uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. *Fronteiras da terapia cognitiva*, 21-40.

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental* (2^a ed.). Artmed.

Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (3^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S., & Costa, S. (1997). Terapia cognitiva: teoria e prática. In *Terapia Cognitiva: teoria e prática* (pp. 350-350).

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Artmed.

Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78.

Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Haarhoff, B., & Perry, H. (2023). Experimentando a Terapia Cognitivo-comportamental de Dentro para Fora: Um Manual de Autoprática/Autorreflexão para Terapeutas. Artmed Editora.

Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(4), 431-446.

Boswell, J. F., & Constantino, M. J. (2022). *Deliberate practice in cognitive behavioral therapy*. American Psychological Association.

Brandão, H. P., & Bahry, C. P. (2014). Gestão por competências: Métodos e técnicas para mapeamento de competências. *Revista do Serviço Público*, 56(2), 179–194.
<https://doi.org/10.21874/rsp.v56i2.224>

Carbone, P. P., Tonet, H. C., Bruno, J. S. R., Silva, B. E., & Izidio, K. (2016). *Gestão por competências*. Editora FGV.

Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:685-716

Corrie, S., & Lane, D. A. (2015). CBT supervision.

David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00004>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2010). Self-determination. Corsini encyclopedia of psychology. New York: Wiley.

Freitas, F. A. D., & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do psicoterapeuta segundo supervisores: diferentes perspectivas. Psic: revista da Vetor Editora, 8(2), 159-166.

Friedberg, R. D., Gorman, A. A., & Beidel, D. C. (2008). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification*, 20(10), 1-20.

Fung, K., & Lo, T. (2017). An integrative clinical approach to culturally competent psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(2), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9341-8>

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.

Gilboa-Schechtman, E. (2024). Case conceptualization in clinical practice and training. *Clinical Psychology in Europe*, 6(Spec Issue), e12103.

Hardy, K. V., & Bobes, T. (Eds.). (2016). *Culturally sensitive supervision and training: Diverse perspectives and practical applications*. Routledge.

Hays PA. Addressing cultural complexities in practice: assessment, diagnosis, and therapy. Washington: American Psychological Association; 2008

Health Service Psychology Education Collaborative (2013). Professional psychology in health care services: A blueprint for education and training. *American Psychologist*, 68(6), 411-426.
<https://doi.org/10.1037/a0033265>

Honorato, A. R. R., & Barletta, J. B. (2016). Estratégias de ensino e competências desenvolvidas na supervisão clínica em Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma revisão integrativa da produção nacional. In A. L. B. Fonseca, M. S. S. Mariano, & J. B. Barletta (Eds.), *Comportamento, desenvolvimento e cultura: Análise de contexto* (pp. 125–147). Editora CRV.

Isolan, L., Pheula, G., & Cordioli, A. V. (2008). Fatores comuns e mudanças em psicoterapia. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 58-73). Artmed.

Kanamoto PFC, Oliveira ACF, Morais WLS, Zamignani DR, de Almeida RBM, Ramos AC, et al. O conceito de responsividade na terapia analítico-comportamental e suas implicações para a pesquisa de processo-resultado. Perspectivas em Análise do Comportamento. 2019;10(1):114-28.

Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 74–84.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>

Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774–781. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.774>

Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, 20,1–12.

Kazantzis, N., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2017). The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy: A clinician's guide. New York, NY: Guilford Press.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), s54-s64.

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2008). The science and practice of case conceptualization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 757–768.
<https://doi.org/10.1017/S1352465808004536>

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo-comportamental

Kristensen, A. D., & Kristensen, C. H. (2023). A Relação Terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais: Prática Clínica e Aspectos Transteóricos. Artmed Editora.

Lambert M. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992. p.94-129.

Leahy, R. L. (2007). Como lidar com as preocupações: Sete passos para impedir que elas paralisem você. Artmed

Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta* (M. A. V. Veronese & L. Araújo, Trads.). Artmed. (Obra original publicada em 2003)

Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36(6), 769-777.

Leonardi JL, Meyer SB. Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. Psicologia: ciência e profissão. 2015;35:1139-56

Lewis, C. C., Scott, K. E., & Hendricks, K. E. (2014). A model and guide for evaluating supervision outcomes in cognitive-behavioral therapy-focused training programs. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(3), 165.

Lutz W, Barkham M. Therapist effects. In: Cautin R, Lilienfeld S. Encyclopedia of clinical psychology. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2015. p.1-6.

Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. Journal of Social and Clinical Psychology, 24, 811–831.

Marques, H. R., Campos, A. C., Andrade, D. M., & Zambalde, A. L. (2021). Inovação no ensino: uma revisão sistemática das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 26, 718-741.

McManus,F.,Rosen,K., & Jenkins, H.(2010a). Developing and progressing as a CBTtherapist. In M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus & D. Westbrook (eds), Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist (pp. 301–322). New York: Oxford University Press.

Melnik, T., Meyer, S. B., & Sampaio, M. I. C. (2019). Relato de experiência docente: A primeira disciplina no Brasil sobre a prática da Psicologia Baseada em Evidências ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35418. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35418>

Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65,63–67.

Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M. D., Meirelles, C. D. A. B., Pinto-Porto, C., ... & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & saúde coletiva*, 13, 2133-2144.

Moreno, A. L., & Sousa, D. A. D. (2020). Adaptação transcultural da cognitive therapy rating scale (escala de avaliação em terapia cognitivo-comportamental) para o contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(2), 92-98.

Muse, K., Kennerley, H., & McManus, F. (2022). The why, what, when, who and how of assessing CBT competence to support lifelong learning. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e57.

Muse,K., & McManus,F.(2013).A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33, 484–499.

Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., & Ayub, M. (2019). Cultural adaptation of cognitive-behavioural therapy. *BJPsych advances*, 25(6), 387-395.

Neufeld, C. B., & Barletta, J. B. (2023). Ensino, Formação e Supervisão em Psicologia: Uma Perspectiva Baseada em Evidências. Artmed Editora.

Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-36.

- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., de Souza Caetano, K. A., & Versuti, F. M. (2020). Aprendizagem Baseada em Problemas: estudo exploratório da percepção de estudantes de Psicologia. *Research, Society and Development*, 9(5), e48952109-e48952109.
- Newman, C. F. (2013). Core competencies in cognitive-behavioral therapy: Becoming a highly effective and competent cognitive-behavioral therapist. Routledge.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906
- Okamoto, A., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Kazantzis, N. (2019). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Essential features and common challenges. *Practice Innovations*, 4(2), 112.
- Oshiro, C., & Vartanian, J. (2023). *Habilidades terapêuticas na prática da psicoterapia* (1^a ed.). Manole.
- Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models. In P. Salkovskis (ed), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 266–292). New York: Guilford Press.
- Penido, M. A., & Rocha, L. D. (2023). Compaixão e psicoterapias: desafios e evidências científicas. *CB Neufeld, EM d. O. Falcone, & B. Rangé (Eds.), Procognitiva Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: ciclo, 10.*
- Persons, J. B., Beckner, V. L., & Tompkins, M. A. (2013). Testing case formulation hypotheses in psychotherapy: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 399–409.
- Poisk, C. C., Ramos, D. F., & Amaral, E. (2023). Pressupostos Básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Clínica. Xvii Encontro Científico Cultural Interinstitucional.

Petrik, A. M., Kazantzis, N., & Hofmann, S. G. (2013). Distinguishing integrative from eclectic practice in cognitive behavioral therapies. *Psychotherapy*, 50, 392–397.

Prasko, J., Vyskocilova, J., Mozny, P., Novotny, M., & Slepecky, M. (2011). Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. *Neuroendocrinology Letters*, 32(6), 101-109.

Rangé, B., Guilhardi, H., Kerbay, R. R., Ingberman, Y. K. & Falcone, E. M. O. (1998). Ensino, Treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas* (pp. 331-352). São Paulo: Editorial Psy II.

Rangé, B. (2001). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. In *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 567-567).

Rangé, B. (2004). Conceituação cognitiva. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 286-299). São Paulo: Roca.

Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Siles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy*, 86, 294–314.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.

Sant'ana, V. L. P. (1999). A formação do Psicoterapeuta. *Psicologia em Estudo*, 4(1), 61-65.

Scotton, I. L., Barletta, J. B., & Neufeld, C. B. (2021). Competências essenciais ao terapeuta cognitivo-comportamental. *Psico-USF*, 26(1), 141–152.
<https://doi.org/10.1590/1413-82712021260112>

Sudak, D. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artme

Sudak, D. M., Wright, J. H., Bienenfeld, D., et al. (2001). *AADPRT Cognitive Behavioral Therapy Competencies*. American Association of Directors of Psychiatric Residency Training.

Wing Sue, D., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. John Wiley & Sons, Inc..

Thomas ML. The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy*. 2006;28(2):201-10.

Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, Kohlenberg B, Follette WC, Callaghan GM. A guide to functional analytic psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism. New York: Springer; 2009.

Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137.

Waltman, S. H., Codd III, R. T., McFarr, L. M., & Moore, B. A. (2023). Questionamento socrático para terapeutas: aprenda a pensar e a intervir como um terapeuta cognitivo-comportamental. Artmed Editora.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), 270-277.

Wright, J. H. (2006). Cognitive behavior therapy: Basic principles and recent advances. *Focus*, 4(2), 173–178. <https://doi.org/10.1176/foc.4.2.173>

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: Um guia ilustrado (M. G. Armando, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2006).

Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2018). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Artmed.

White, J. R. (2003). Introdução. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (pp. 3–30). Roca.

Young, J., & Beck, A. (1980). Cognitive Therapy Scale: Rating Manual. Unpublished manuscript. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA.

Yukimitsu, M. T. C. P. (1999). A supervisão na formação do psicólogo clínico. Em C. Witter (Org.), Ensino de Psicologia (pp. 169-204). Campinas: Alínea.

Zamignani DR, Meyer SB. Comportamentos verbais do terapeuta no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT). Perspectivas em Análise do Comportamento. 2011;2(1):25-45.