

Luiz Fellipe Dias da Rocha¹
Evelyn Rodrigues Oliveira²
Stella Rabello Kappler³

A contratransferência na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura brasileira

Countertransference in Cognitive-Behavioral Therapy: a review of brazilian literature

RESUMO

A contratransferência é compreendida como as reações do terapeuta diante da pessoa do paciente e é um elemento fundamental na relação que se estabelece entre eles. Contudo, ela pode ser negligenciada por alguns terapeutas cognitivo-comportamentais por supervalorizarem a eficácia das técnicas empregadas por essa abordagem e/ou por remetê-la a conceitos psicanalíticos. Deste modo, o presente artigo analisou estudos brasileiros desenvolvidos acerca da contratransferência dentro da abordagem da terapia cognitivo-comportamental através de uma revisão narrativa da literatura, a partir de artigos científicos e capítulos de livros. Os resultados revelaram a escassez de produções sobre o tema, indicando um predomínio de estudos teóricos em detrimento de estudos empíricos. Além disso, foi observado um maior número de publicações de capítulos de livro em comparação com artigos. Os estudos analisados indicaram que a contratransferência, se compreendida, não ignorada e bem manejada pode trazer benefícios para a prática clínica, bem como para a pessoa do psicoterapeuta. Espera-se que esta revisão contribua para futuras publicações sobre essa temática e colabore na instrumentalização de terapeutas cognitivo-comportamentais no que se refere à identificação e ao manejo da contratransferência.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; Relação terapêutica; Contratransferência.

ABSTRACT

Countertransference is known as the therapist's reactions to the patient and is a fundamental element in the relationship between them. However, it may be neglected by some cognitive-behavioral therapists because they overestimate the efficacy of the techniques employed by this approach and/or refer it to psychoanalytic concepts. Thus, the present article analyze brazilian studies developed on countertransference within the approach of cognitive-behavioral therapy through a narrative review of the literature, from scientific articles and book chapters. The results revealed a shortage of productions on the subject, indicating a predominance of theoretical studies to the detriment of empirical studies. In addition, a greater number of book chapter publications were observed in comparisons with articles. The studies analyzed indicated that the countertransference, if understood, not ignored and well managed can bring benefits to the clinical practice, as well as to the person of the psychotherapist. It is hoped that this review will contribute to future publications on this subject and collaborates in the instrumentalization of cognitive-behavioral therapists with regard to the identification and management of countertransference.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; Therapeutic relationship; Countertransference.

¹ Doutorando em Psicologia Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - (Psicólogo Clínico) - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

² Doutoranda em Psicologia Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - (Psicóloga Clínica).

³ Doutoranda em Psicologia Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - (Psicóloga Clínica).

Correspondência:

Luiz Fellipe Dias da Rocha.
Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.
Rua São Francisco Xavier - 524 - Sala 2.145 - Bloco F.
Rio de Janeiro - RJ .
CEP: 20.550-900.
E-mail: felliperocha.uerj@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 23 de Novembro de 2017. cod. 550.
Artigo aceito em 15 de Abril de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20170015

INTRODUÇÃO

Muitas são as abordagens de psicoterapia existentes atualmente. Entretanto, todas elas possuem algo em comum: ocorrem em um contexto de relação de confiança entre o paciente e o terapeuta (Cordioli, 2008). Estes dois caminharão juntos em prol dos objetivos almejados e as trocas que ocorrerem entre eles estarão inseridas no que é denominado como relação terapêutica (RT) (Falcone, 2011).

As pesquisas em psicoterapia apontam que a relação paciente-terapeuta tem importância central no processo terapêutico, independente da metodologia de tratamento adotada (Tishby & Wiseman, 2014). Tão importante quanto os atributos instrumentais da abordagem utilizada, são os atributos interpessoais presentes na relação terapêutica, uma vez que é na RT, e através dela, que os tratamentos psicoterápicos são processados (Eizirik, Liberman & Costa, 2008; Norcross & Lambert, 2011).

Deste modo, é fundamental um aprofundamento nos estudos a respeito da relação terapêutica, levando em consideração sua definição, seus elementos constitutivos e suas características facilitadoras e complicadoras. Embora não haja consenso quanto à operacionalização do conceito, a RT é compreendida hegemonicamente como o conjunto das concepções que o paciente tem do terapeuta e vice-versa, e dos sentimentos que eles têm um pelo outro, bem como a forma como eles são expressados (Norcross & Lambert, 2011).

Eizirik et al. (2008) apontam, pelo menos, três componentes na RT: aliança terapêutica, transferência e contratransferência (CT). Por aliança terapêutica entende-se o acordo de trabalho que se estabelece entre terapeuta e paciente. A transferência é composta pelas reações do paciente em relação ao terapeuta. E, finalmente, a CT é o caminho contrário, ou seja, as reações do terapeuta em relação ao paciente.

Embora todos estes elementos sejam de extrema importância para a RT, a CT demanda uma atenção especial, tendo em vista que a reação contratransferencial pode passar despercebida, permanecendo como um ponto cego ou ainda ser ignorada pelos terapeutas que podem encara-la como uma limitação pessoal e/ou profissional (Gelso & Hayes, 2012). Contudo, a CT na relação terapêutica é inevitável e seu desprezo poderá levar o terapeuta a ter atitudes contraproducentes aos objetivos da terapia, como se atrasar, sentir raiva, tédio ou frustração durante as sessões, sentir-se aliviado quando o paciente se atrasa ou cancela a sessão, desenvolver uma relação de dependência, encurtar ou estender o tempo do tratamento, rotular e/ou menosprezar os pacientes, evitar assuntos difíceis, dentre outros (Leite & Peres, 2009; Wright, Basco & Thase, 2009). Em contrapartida, o manejo efetivo da CT está associado a ganhos, como maior adesão dos pacientes ao tratamento, melhora na relação terapêutica e diagnósticos mais precisos (Katz, 2016; Najavits, 2000).

Além de afetar a eficácia do processo terapêutico, a CT pode trazer consequências negativas para a vida pessoal do terapeuta, como estresse, declínio na satisfação conjugal, sensação de incompetência, adoecimento, exaustão emocional, abuso ou dependência de álcool e outras drogas e ideias suicidas (Atallah, McCalla, Karakash & Minkoff, 2016; Machado, 2014; Pereira, 2013; Ronnestad & Skovholt, 2003). Portanto, identificar e lidar com estas reações contratransferenciais são habilidades valiosas para o psicoterapeuta e para todo o processo psicoterápico.

A CONTRATRANSFERÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem de psicoterapia baseada em evidências (Dobson & Dobson, 2009). Isso quer dizer que o modelo de psicoterapia adotado e as ferramentas utilizadas são experimentados e validados empiricamente, visando encontrar sua eficácia no alívio do sofrimento humano e no fortalecimento do bem-estar de seus pacientes/clientes. Além de sua faceta empírica, é também uma terapia integrativa que incorpora diferentes abordagens e bases de conhecimentos ao seu modelo, após constatação de suas evidências (Beck & Alford, 2000). Portanto, ao mesmo tempo que herda influências das diferentes escolas de psicoterapia, a TCC ressignifica os conceitos integrados a partir dos resultados das pesquisas científicas realizadas, como no caso da CT.

Embora a CT tenha se originado do modelo psicanalítico, a TCC desenvolveu definições distintas desse conceito, bem como se utiliza de outros meios para manejá-la (Ivey, 2013). Diferente da psicanálise, para a TCC as reações do terapeuta não são concernentes ao inconsciente, mas estão inseridas no modelo cognitivo, isto é: situação objetiva - pensamentos automáticos - respostas (fisiológicas, afetivas e comportamentais). Entende-se que, assim como os pacientes, o terapeuta também está sujeito a manifestações cognitivas, emocionais e comportamentais durante as sessões (J. Beck, 2007).

Diante disso, os terapeutas precisam estar atentos às suas respostas emocionais durante a terapia para poderem identificar os pensamentos que estiverem passando por sua cabeça. Só assim será possível abandonar o automatismo e aplicar ações no sentido de otimizar o processo terapêutico. Um terapeuta que se sente frustrado na metade da sessão, por exemplo, através da auto-observação pode identificar seus pensamentos automáticos, como “a sessão não está ocorrendo como deveria” e/ou “esse paciente está resistente ao tratamento”. Em seguida, ele poderá avaliar seus pensamentos e aplicar técnicas de reestruturação cognitiva e/ou resolução de problemas, se necessário (Reilly, 2000). Caso isso não ocorra, o terapeuta correrá o risco de agir de acordo com seus pensamentos disfuncionais, comprometendo o sucesso do tratamento (Prasko et al., 2010).

Por este ângulo, é fundamental que o profissional esteja atento às suas próprias reações e consiga perceber como está sendo afetado pelos relatos e comportamentos do paciente. J. Beck (2013) propõe que os terapeutas cognitivo-comportamentais se façam algumas perguntas no sentido de verificar possíveis reações contratransferenciais. Algumas delas são: “Eu me preocupo com este paciente? Eu me sinto competente para ajudar este paciente? Eu tenho pensamentos negativos sobre este paciente ou sobre mim com respeito a este paciente? Eu avaliei e respondi a esses pensamentos?” (J. Beck, 2013, p. 373). Estas e outras questões podem ajudar o terapeuta a conceitualizar a CT, levando, conseqüentemente, a uma melhor conceitualização do paciente. Além disso, a autora destaca que essas situações podem ser oportunidades de crescimento pessoal e profissional para o terapeuta, uma vez que problemas na relação terapêutica podem surgir devido às suas fragilidades, e não só por causa das características do paciente.

Embora extremamente importante para a psicoterapia, ainda pouca atenção tem sido dado à CT quando se trata da terapia cognitivo comportamental. Falcone (2011) aponta uma negligência da contratransferência pelos terapeutas cognitivo-comportamentais devido a uma possível rejeição de conceitos psicanalíticos, além de um otimismo excessivo em relação ao poder das técnicas da TCC. De modo geral, as reações do terapeuta ao cliente têm sido pouco estudadas no contexto da terapia cognitivo-comportamental (Westra, Aviram, Connors, Kertes & Ahmed, 2012), sobretudo em produções na língua portuguesa (Alves, 2017).

Deste modo, o presente artigo teve por objetivo analisar os estudos desenvolvidos acerca da contratransferência dentro da abordagem da TCC, no Brasil. Pretende-se contribuir para o aumento da discussão sobre esta temática e inspirar produções nacionais em TCC a esse respeito. Além disso, almeja-se apresentar contribuições para o manejo da TCC no *setting* terapêutico.

MÉTODO

Para a elaboração do presente artigo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, utilizando-se como método a busca de capítulos de livros e artigos publicados em periódicos científicos. Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: (a) estudos escritos por autores imersos no contexto brasileiro; (b) no idioma português; e (c) publicados em produções nacionais, isto é, revista, editora brasileira. Deste modo, não foram considerados estudos de autores que não atuam no cenário nacional, que não estavam na língua portuguesa, baseados em outras abordagens teóricas, tal como documentos que o buscador recuperou de outros sites, mas que não se tratavam de estudos científicos ou capítulos de livro, como editais, programas para disciplinas de cursos de graduação e relatórios de estágio.

De maneira a identificar os estudos científicos brasileiros foram consultadas, no mês de outubro de 2017, as seguintes bases de dados: Portal de Periódicos da CAPES, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e Google Acadêmico. As combinações de palavras-chave utilizadas para as buscas no título foram (contratransferência *OR* relação terapêutica *OR* terapeuta) *AND* (terapia cognitivo comportamental *OR* terapia cognitiva *OR* terapia comportamental). Não foram definidos limites para a data de publicação dos artigos. Tais buscas resultaram em um total de 33 estudos.

Após aplicação dos critérios de inclusão e remoção de duplicatas, foram considerados doze estudos que seguiram para etapa da análise do resumo, na qual buscou-se identificar se o estudo investigou a contratransferência na abordagem da TCC. Nos casos de ausência de resumo, lia-se o estudo na íntegra. Esta avaliação foi realizada por dois juízes, de forma independente. Nos casos de discordância, a avaliação de um terceiro juiz era solicitada. Ao final, cinco artigos atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram o banco de dados. Pesquisaram-se também os capítulos de livros citados nas referências dos textos encontrados e obras clássicas da área, publicadas por autores brasileiros. Ao total, onze capítulos foram acrescentados. Assim, dezesseis estudos compuseram o banco de dados final.

RESULTADOS

Como relatado anteriormente, dos dezesseis estudos selecionados, onze eram capítulos de livro (Abreu, 2003; Falcone, 2004; Falcone, 2006; Falcone, 2011; Falcone & Azevedo, 2006; Falcone & Macedo, 2012; Meyer & Vermes, 2001; Pinho & Figueiredo, 2012; Rangé, 1995; Shinohara, 2000; Zamignani, 2000) e cinco eram artigos científicos (Banaco, 1993; Braga & Vandenberghe, 2006; Brandão, 1999; Cavalheiro & Melo, 2016; Machado & Vandenberghe, 2014). Do total, dez eram revisões livres da literatura/estudos teóricos (Abreu, 2003; Banaco, 1993; Cavalheiro & Melo, 2016; Falcone, 2004; Falcone, 2006; Falcone, 2011; Meyer & Vermes, 2001; Rangé, 1995; Shinohara, 2000; Zamignani, 2000), cinco eram relatos qualitativos de casos clínicos (Braga & Vandenberghe, 2006; Brandão, 1999; Falcone & Macedo, 2012; Machaco & Vandenberghe, 2014; Pinho & Figueiredo, 2012) e apenas um apresentava um relato de pesquisa empírica qualitativa realizada (Falcone & Azevedo, 2006). No que concerne ao período de publicação, o mais antigo datou de 1993 e o mais recente foi publicado em 2016. Três estudos eram da década de 1990-1999, oito da década de 2000-2009 e cinco da década corrente. A autora que mais publicou dentro da temática da contratransferência foi Eliane Falcone (cinco estudos), seguida de Vandenberghe (dois estudos).

Após a leitura na íntegra de todos os estudos aproveitados, os mesmos foram comparados para que fossem identificados conteúdos análogos. A partir dessa análise, realizou-se

a convergência das temáticas, o que resultou no surgimento de três categorias principais: (1) a importância da pessoa do terapeuta na terapia cognitivo-comportamental; (2) as reações do terapeuta como instrumento terapêutico; e (3) ferramentas para o manejo da contratransferência.

A IMPORTÂNCIA DA PESSOA DO TERAPEUTA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os estudos parecem concordar com a crescente importância dada à relação terapêutica nas abordagens cognitivo-comportamentais, sobretudo a influência da pessoa do terapeuta nesta relação. Inicialmente, a relação terapêutica foi negligenciada nas terapias comportamentais por perseguirem uma intervenção exclusivamente técnica a partir da aplicação de ferramentas cientificamente testadas e validadas, sem a participação do terapeuta. Contudo, o cenário científico vem se modificando e os resultados das pesquisas apontam para a importância da qualidade da relação terapêutica no sucesso do tratamento, bem como dos atributos interpessoais do paciente e do profissional envolvidos neste processo (Abreu, 2003; Banaco, 1993; Braga & Vandenberghe, 2006; Cavalheiro & Melo, 2016; Falcone, 2004; Falcone & Azevedo, 2006; Machado & Vandenberghe, 2014; Pinho & Figueiredo, 2012; Rangé, 1995; Vandenberghe, 2006).

A literatura indica uma indissociabilidade entre os atributos técnicos e interpessoais na prática clínica (Falcone, 2011). As técnicas específicas de uma abordagem, quando bem empregadas, levam à remissão dos sintomas do paciente, fazendo com que este experimente sentimentos positivos em relação ao seu terapeuta, como gratidão e segurança, fortalecendo o vínculo entre eles. Por outro lado, um relacionamento cliente-profissional sólido favorecerá a adesão do primeiro às técnicas empregadas pelo segundo. Em outras palavras, “as variáveis inespecíficas (contexto interpessoal comum a diferentes abordagens terapêuticas) interagem com as variáveis específicas (técnicas), levando ao êxito da terapia” (Braga & Vandenberghe, 2006, p. 308). É necessário, portanto, que a TCC encare a relação terapêutica como um ingrediente ativo de mudança (Falcone, 2011), sendo entendida, ao mesmo tempo, como a base para a implementação das técnicas terapêuticas e como a essência do tratamento (Abreu, 2003; Cavalheiro & Melo, 2016; Machado & Vandenberghe, 2014).

Como o terapeuta também é um indivíduo em relação com seu meio ambiente e dotado de uma história de vida, está sujeito às contingências da sessão e a eventos encobertos, como seus próprios pensamentos e sentimentos (Abreu, 2003; Braga & Vandenberghe, 2006; Zamignani, 2000). Isso poderá influenciar seus comportamentos durante as sessões e também sua atitude em relação ao cliente fora do *setting* terapêutico (Banaco, 1993). Portanto, esperar uma neutralidade do psicoterapeuta é uma expectativa impraticável. Diante disso, é importante que o terapeuta esteja atento às suas reações para reconhecê-las, identificar suas razões e seus desdobramentos e, então, manejá-las.

AS REAÇÕES DO TERAPEUTA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Os estudos selecionados indicam, pelo menos, três fontes distintas para as reações contratransferenciais: padrões interpessoais disfuncionais do paciente, resistência ao processo terapêutico e os próprios esquemas do terapeuta. Passamos a apresentá-las.

O cliente tende a repetir padrões interpessoais na interação com seu terapeuta (Machado & Vandenberghe, 2014). Portanto, os comportamentos emitidos pelo paciente no contexto clínico podem ser compreendidos como uma demonstração de sua forma de agir fora desse contexto (Brandão, 1999). Deste modo, os sentimentos despertados pelo paciente no terapeuta, muito provavelmente, são os mesmos provocados por ele em outras pessoas importantes em sua vida (Braga & Vandenberghe, 2006). Assim, a reação emocional do profissional pode servir como uma importante base de informação no que se refere ao funcionamento interpessoal do paciente de modo geral, indicando, principalmente, padrões comportamentais disfuncionais.

Pacientes paranóides, por exemplo, podem despertar sentimentos de irritação em seu terapeuta, enquanto os queixosos, por sua vez, podem levá-lo a experimentar irritação e impaciência (Rangé, 1995). A instabilidade emocional de pacientes *borderlines* e suas respostas imprevisíveis tendem a provocar sentimentos negativos no terapeuta, como raiva e medo, levando-o, muitas das vezes, a desistir de tratar este paciente (Cavalheiro & Melo, 2016). Um paciente com Transtorno de Personalidade Narcisista que apresenta ausência de empatia, sentimento grandioso acerca da própria importância, padrão comportamental de autoengrandecimento e de desqualificação do outro, tende a gerar, no terapeuta, sentimentos desagradáveis como inadequação, incapacidade, raiva e ansiedade (Falcone & Macedo, 2012). Reações semelhantes podem estar sendo experimentadas pelas pessoas que convivem com este paciente no dia a dia, uma vez que seu comportamento no consultório é uma amostra do seu comportamento fora dali.

Além dos padrões interpessoais disfuncionais apresentados na RT, os comportamentos não-colaborativos que expressam resistência do cliente ao processo terapêutico também costumam despertar sentimentos nocivos no terapeuta (Braga & Vandenberghe, 2006; Falcone, 2006; Machado & Vandenberghe, 2014; Pinho & Figueiredo, 2012). Uma vez que a TCC é uma abordagem diretiva que focaliza a mudança, o que significa o abandono das estratégias disfuncionais de enfrentamento, os pacientes com esquemas cognitivos rígidos tendem a interpretar a terapia e os comportamentos do terapeuta como ameaçadores (Falcone, 2004). Devido ao iminente perigo ao domínio pessoal oferecido pela psicoterapia, os esquemas desadaptativos do paciente são ativados e ele passa a resistir ao tratamento, o que, por sua vez, pode acarretar em tensão no relacionamento terapêutico. Assim, as reações despertadas

no terapeuta pela resistência do paciente podem conter informações importantes a respeito do paciente, seus esquemas e sobre o processo terapêutico em si (Falcone & Azevedo, 2006).

Também é possível que a contratransferência seja fruto da ativação dos próprios esquemas desadaptativos do terapeuta ante à pessoa do paciente e seus comportamentos (Falcone, 2006; Falcone & Azevedo, 2006). Alguns dos esquemas do terapeuta e seus desdobramentos são citados, como: (a) os padrões elevados de exigência e perfeccionismo levam o profissional a adotar uma postura extremamente exigente e a julgar como irresponsável o paciente que não adere ao tratamento; (b) as preocupações com o abandono fazem com que o terapeuta interprete a resistência do cliente como rejeição pessoal e levam-no a evitar tópicos difíceis para o paciente a fim de preservar a relação; (c) um senso superdesenvolvido de autonomia pode dirigir o terapeuta à primazia pela eficiência, sentindo-se, assim, ameaçados com pacientes dependentes e que se lamentam; entre outros.

Deste modo, é fundamental que o terapeuta esteja atento às reações contratransferenciais, a fim de usá-las como matéria-prima no tratamento. Além de revelar informações úteis sobre o paciente e sobre o processo terapêutico, a CT pode proporcionar um crescimento ao psicoterapeuta através do reconhecimento de suas vulnerabilidades e de seus próprios esquemas (Falcone, 2011; Falcone & Azevedo, 2006).

FERRAMENTAS PARA O MANEJO DA CONTRATRANSFERÊNCIA

Na TCC, espera-se que o terapeuta seja capaz de apresentar reações às respostas do cliente de modo distinto ao que acontece fora do contexto clínico, a fim de promover mudanças efetivas (Falcone & Azevedo, 2006). Logo, no processo terapêutico, o paciente precisa experimentar um relacionamento diferente daqueles vivenciados com outras pessoas significativas em sua vida para alcançar uma transformação de seus padrões mal-adaptativos (Abreu, 2003; Falcone & Macedo, 2012). Caso as reações do terapeuta sejam as mesmas disponíveis no ambiente natural do seu cliente, o problema trazido para a psicoterapia tenderá a se manter (Zamignani, 2000). Em outras palavras, se o terapeuta agir de acordo com seus sentimentos e pensamentos imediatos, tenderá a reforçar os padrões desadaptativos de seus clientes, o que será desfavorável às propostas terapêuticas (Meyer & Vermes, 2001; Pinho & Figueiredo, 2012).

Deste modo, o papel do terapeuta é quebrar o ciclo cognitivo interpessoal do cliente, e não participar dele, desconfirmado, assim, as crenças disfuncionais sobre si e sobre o relacionamento com outras pessoas (Falcone, 2004; Falcone, 2006). Isso requer o manejo da contratransferência por parte do psicoterapeuta. Algumas sugestões neste sentido foram encontradas na literatura e distribuídas em categorias definidas pelos autores deste artigo: (1) auto-prática da terapia cognitivo-comportamental; (2) foco na empatia e a identificação dos

esquemas desadaptativos; (3) autorrevelação e confrontação empática; e (4) investimento no autocuidado.

1) Auto-prática da terapia cognitivo-comportamental

É importante que o terapeuta aplique em si mesmo os princípios da TCC. Isso requer que, além de estar atento às respostas do cliente, ele esteja sintonizado com suas próprias respostas (Shinohara, 2000). O terapeuta deve identificar seus sentimentos (auto-observação) e desafiar seus pensamentos automáticos e suposições na contratransferência (Falcone & Azevedo, 2006). O clínico é um ser humano como outro qualquer e, por isso, está sujeito a reações cognitivas, emocionais e comportamentais perante outras pessoas, incluindo seus pacientes. Estas respostas podem estar enraizadas em seus próprios esquemas individuais. Sendo assim, é preciso que ele esteja atento às suas emoções e aos seus pensamentos ante aos comportamentos e à pessoa do cliente. “Quando o terapeuta ignora ou negligencia os próprios esquemas e vulnerabilidades, ativados a partir da interação com o seu paciente, os seus comportamentos (como esconder-se atrás das técnicas, rotular o paciente etc) podem sabotar a terapia” (Falcone, 2004, p. 491).

Os esquemas do terapeuta podem acarretar na dificuldade de impor limites, levá-lo a sentir medo de indispor seu paciente, sentimentos de inferioridade, desconforto, raiva, apresentar distorções cognitivas em seus pensamentos, como rotulação, adivinhação, pensamento tudo ou nada, catastrofização, etc. Além disso, é possível ao terapeuta usar a auto-observação como uma forma de identificar rupturas na aliança terapêutica (Brandão, 1999) e informações importantes sobre o próprio paciente, como os seus esquemas e padrões comportamentais interpessoais (Braga & Vandenberghe, 2006).

2) Foco na empatia e a identificação dos esquemas desadaptativos

Quando o terapeuta busca colocar-se no lugar de seu paciente, isso leva-o a uma maior compreensão do porquê este está se comportando de determinada maneira (Cavalheiro & Melo, 2016). Reconhecer os comportamentos do cliente como uma manifestação coerente com o seu conteúdo esquemático faz com que o profissional adote uma postura mais consciente em sua prática clínica (Falcone & Macedo, 2012). Quando o terapeuta consegue visualizar os comportamentos do paciente como frutos de sua história, suas reações negativas são amenizadas, diminuindo a crítica e aumentando a validação (Brandão, 1999). Para que isso seja possível, é necessário que o terapeuta abandone momentaneamente o trabalho de avaliação cognitivo-comportamental padrão, mudando o foco da terapia no aqui e agora para a investigação colaborativa com o paciente de quando, como e por que suas crenças e estratégias de enfrentamento foram adquiridas em sua história de vida (Falcone, 2004; Falcone & Azevedo, 2006). A resistência e a contratransferência, se identificadas e bem manejadas, podem ser excelentes oportunidades para conhecer os esquemas e os padrões de comportamentos do cliente.

3) Autorrevelação e confrontação empática

Após validar os comportamentos do cliente como a forma encontrada para se adaptar às contingências da vida, o terapeuta pode explorar com ele como seus esquemas podem estar guiando a forma de agir em seus relacionamentos interpessoais dentro e fora do consultório (Falcone, 2011). A partir da autorrevelação dos próprios pensamentos e sentimentos experimentados diante do comportamento do cliente, o terapeuta convida o cliente a examinar se o mesmo pode estar ocorrendo com outras pessoas significativas em sua vida (Falcone & Macedo, 2012; Pinho & Figueiredo, 2012). O terapeuta cognitivo-comportamental é encorajado a utilizar a própria relação terapêutica para propiciar uma nova história de aprendizagem (Machado & Vandenberghe, 2014; Meyer & Vermes, 2001).

Brandão (1999) cita um exemplo de manejo de contratransferência através da autoexposição da terapeuta. Os comportamentos do paciente levavam a profissional a sentir-se manipulada por ele, verbalizando isso em uma das sessões: “Me sinto um pouco desrespeitada com isto. É como se você fosse dirigir a terapia para onde quer” (p. 184). Após isso, terapeuta e paciente descobriram que este tipo de comportamento era um padrão interpessoal do cliente mesmo fora do contexto clínico e juntos conseguiram identificar o seguinte pressuposto “se eu deixar por conta da outra pessoa, então ela não vai fazer o que eu preciso”, o que levava ao padrão comportamental de tentar dirigir e manipular as pessoas a fim de evitar frustrações.

Com a reparação da ruptura ocorrida na relação terapêutica e com novas informações levantadas a partir deste desencontro, o enfoque mais tradicional da TCC pode ser retomado (Falcone & Macedo, 2012).

4) Investimento no autocuidado

Diante das dificuldades enfrentadas pelo psicoterapeuta, a literatura sugere que o profissional invista em seu autocuidado através de psicoterapia pessoal, supervisão clínica, capacitação profissional, práticas de atividades físicas e de lazer, exercícios de redução de estresse entre as sessões e fortalecimento de relacionamentos íntimos em sua rede social (Abreu, 2003; Cavalheiro & Melo, 2016; Falcone, 2006; Falcone & Azevedo, 2006; Machado & Vandenberghe, 2014; Shinohara, 2000; Zamignani, 2000).

Atividades como as citadas anteriormente permitirão ao terapeuta o trabalho com seus próprios esquemas, diminuindo a ocorrência das reações emocionais decorrentes de suas estratégias de enfrentamento disfuncionais. Além disso, o profissional estará mais atento à CT orgânica, isto é, aquela experimentada por ele a partir do relacionamento direto com seu cliente, sem a interferência de suas próprias distorções cognitivas. O investimento no autocuidado também proporcionará ao clínico a capacidade de tolerar sentimentos intensos, como raiva, tristeza e ansiedade. Esta é uma importante habilidade para o terapeuta, no sentido em que lhe permitirá agir a partir de uma postura profissional.

DISCUSSÃO

O objetivo da presente revisão consistiu em realizar uma busca na literatura nacional acerca de estudos que tratassem da temática da contratransferência na abordagem da TCC. Os resultados indicaram a escassez de estudos sobre o tema, revelando um predomínio de estudos teóricos em detrimento de estudos empíricos. Além disso, foi observado um maior número de publicações de capítulos em comparação com artigos científicos. Estes dados sinalizam a importância de novas contribuições que tenham por foco a contratransferência, uma vez que a relação terapêutica é fundamental para o estabelecimento do *rapport*, favorecer o engajamento, auxiliar no desenvolvimento da terapia e provocar mudanças cognitivas e comportamentais do paciente (J. Beck, 2013; Cavalheiro & Melo, 2016). Tanto os estudos nacionais quanto internacionais destacam a importância do manejo da CT pelos terapeutas cognitivo-comportamentais e reconhecem a defasagem de conhecimento sobre o mesmo (Alves, 2017; Braga e Vandenberghe 2006; Falcone, 2011; Leahy, 2009; Westra et al., 2012).

Leahy (2009) salienta que o terapeuta pode obter um material terapêutico se identificar os pensamentos e sentimentos que o paciente desperta nele, haja visto que o mesmo pode ocorrer com as pessoas do ciclo interpessoal do paciente, contudo acrescenta que para isto é necessário reconhecer que o terapeuta também é um ser humano que leva para as suas relações as suas próprias questões esquemáticas. Essa afirmação reitera a categoria “auto-prática da terapia cognitivo-comportamental”, elaborada neste estudo a partir dos achados na literatura nacional. Primeiramente, o terapeuta precisa estar atento a si mesmo, reconhecendo o seu funcionamento para então, posteriormente, manejar a CT de forma terapêutica.

Durante uma sessão o terapeuta está sujeito a evocar seus sentimentos, identificando-se em uma circunstância similar àquela trazida pelo paciente. As emoções e os sentimentos são evocados por eventos diversos que, muitas vezes, não são passíveis de controle. Sentir-se atingido por uma fala ou comportamento que foi descrito pode auxiliar o terapeuta a conscientizar o paciente a respeito do impacto que suas atitudes têm sobre as outras pessoas com as quais ele convive (Newman, 2002; Falcone, 2011). Por outro lado, o compartilhamento de seus sentimentos com o paciente também pode possibilitar uma maior disponibilidade e abertura para a discussão de outros temas que podem estar sendo evitados pelo paciente.

No entanto, alguns terapeutas sentindo-se ofendidos ou rejeitados por seus pacientes, acabam se ressentindo e eles próprios dificultando o processo terapêutico, responsabilizando o cliente por tal desconforto e passando a ter comportamentos que comprometem ainda mais a relação terapêutica (J. Beck, 2007; Leahy, 2009). Desmarcar sessões frequentemente, chegar atrasado ou ter pensamentos sobre outras atividades durante uma sessão podem ser sinais de que o terapeuta esteja experimentando reações contratransferenciais. Reconhecer

que isso está acontecendo, ao invés de negar, possibilita que o terapeuta trabalhe suas próprias dificuldades (Abreu, 2003; Braga & Vandenberghe, 2006; Falcone, 2006; Falcone, 2011).

A empatia tem sido reconhecida como uma habilidade necessária para a eficácia do tratamento (Barrett-Lennard, 1993; Brandão, 1999; Carkhuff, 1969; Falcone, 2004; Falcone & Azevedo, 2006; Falcone & Macedo, 2012; Linehan, 2010; Neacsiu & Linehan, 2016). Bohart e Tallman (1997) acrescentam que a manifestação da empatia auxilia o paciente a sair de uma posição de rejeição para experimentar a aceitação. Aceitar não se trata de concordar ou se conformar, mas sim assumir uma postura de receber as coisas tais como são, sem tentar utilizar estratégias disfuncionais em busca do controle das emoções (Pergher & Melo, 2014; Roemer & Orsillo, 2016). Sendo assim, a categoria “foco na empatia e a identificação dos esquemas desadaptativos” também tem sido respaldada por estudos internacionais empíricos e teóricos, que ressaltam a importância da empatia na RT. Para Young, Rygh, Weinberger e Beck (2016), os terapeutas cognitivos mais eficazes parecem conseguir analisar os eventos da perspectiva de seus pacientes, suspendendo os seus próprios pressupostos pessoais, enquanto escutam os pacientes descreverem as suas reações e interpretações. Cabe ressaltar que além de tomar a perspectiva do paciente é necessário verbalizar este entendimento para que ele se sinta compreendido (Falcone, 2003).

Assim como a empatia é fundamental, a confrontação empática também se apresenta como uma necessidade no processo terapêutico (Falcone, 2011; Falcone & Macedo, 2012). Após o terapeuta revelar sentimentos que experimentou perante um determinado comportamento do paciente, a confrontação empática seria útil por não apenas demonstrar a empatia pelos esquemas do paciente em relação ao terapeuta, mas também para mostrar ao paciente que as suas avaliações e reações podem ser distorcidas e disfuncionais quanto ao terapeuta e com outras pessoas fora do setting terapêutico (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Sendo assim, a terceira categoria “autorrevelação e confrontação empática” contempla contribuições de autores internacionais como Leahy (2009), Linehan (2010) e Young et al. (2008).

O terapeuta investe na terapia para que o paciente obtenha os recursos dos quais precisa. Igualmente, é necessário o cuidado consigo mesmo através de diferentes recursos inseridos na categoria “investimento no autocuidado”. Atallah et al. (2016) utilizam uma situação inerente a viagens de avião para reforçar a noção de autocuidado que os terapeutas precisam aplicar em suas vidas. Nas instruções que antecedem um voo há a recomendação de que, em casos de emergência, cada passageiro ponha, primeiramente, a máscara de oxigênio em si para só depois ajudar aos demais. Os autores destacam que o terapeuta também precisa cuidar de si para ter condições de ajudar os seus pacientes.

Uma boa relação terapêutica depende, principalmente, de um manejo do terapeuta que deve ser responsável por

identificar aquelas questões que podem estar prejudicando ou facilitando a transferência ou a contratransferência. Além disso, deve-se apresentar uma postura acolhedora e receptiva, principalmente nos primeiros contatos para a estruturação do relacionamento terapeuta-paciente (Banaco, 1993; Cavalheiro & Melo, 2016; Falcone, 2011; Rangé, 1995). O estabelecimento do rapport desperta confiança no paciente, fazendo com que o mesmo se sinta mais à vontade para o compartilhamento de pensamentos, emoções e medos mais íntimos. Tomando esse processo como uma via de mão dupla, é possível pensar que da mesma maneira que esse relacionamento evolui para o cliente, tende a evoluir também para o terapeuta (Abreu, 2003; Braga & Vandenberghe, 2006; Falcone, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo examinou a literatura nacional a respeito da contratransferência na abordagem da TCC. Os resultados encontrados sugerem que são poucas as publicações que tratam dessa temática com protagonismo. A maioria do material selecionado tinha como foco a discussão da relação terapêutica, de uma maneira geral, e não da CT propriamente dita. Essa falta de protagonismo ou aversão ao termo contratransferência pode ser explicada, em parte, ao fato desse termo remeter aos conceitos psicanalíticos que são, muitas vezes, renegados pelos terapeutas cognitivo-comportamentais. Além disso, a supervalorização das técnicas empregadas pela TCC também fazem com que o terapeuta possa dar pouca atenção para a importância do relacionamento construído entre paciente-terapeuta, entendido nessa abordagem como a base para um tratamento efetivo.

Embora a produção nacional sobre a temática ora estudada venha mostrando um aumento significativo, mais estudos ainda são necessários para a construção de um modelo cognitivo da contratransferência. Sobretudo relatos de pesquisas empíricas que permitam uma compreensão mais profunda desse construto e a generalização dos resultados. A literatura aponta, por exemplo, que as reações do terapeuta podem representar intuições válidas em relação ao paciente ou ser produto da ativação de seus próprios esquemas desadaptativos. Contudo, ainda não há clareza sobre como identificar o que de fato a CT experimentada durante as sessões está indicando para, consequentemente, utilizar o material de forma terapêutica.

Conclui-se que a CT, se compreendida, não ignorada e bem manejada pode trazer benefícios para a prática clínica. É fundamental que o terapeuta esteja ciente de que os pacientes podem evocar emoções, sentimentos e pensamentos que o atingem e provocam comportamentos impróprios ou inadequados. Nesse sentido, não se deve negar que a contratransferência ocorre, mas sim procurar entender junto ao paciente e a partir da observação dos seus próprios sentimentos e comportamentos o que pode estar acontecendo, trabalhando na identificação do problema. O estudo constante, participação em supervisões e outras atividades de auto-cuidado também são importantes

para que o terapeuta não perca o compromisso e a motivação para acompanhar e orientar o paciente ao longo do processo terapêutico com todos os desafios inerentes.

Espera-se que a presente revisão incentive novas pesquisas que contribuam para a instrumentalização de terapeutas para o manejo da CT na abordagem cognitivo-comportamental com as suas devidas peculiaridades.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N. (2003). A pessoa do terapeuta e o processo de mudança em psicoterapia. In C. N. de Abreu, & M. Roso (Eds.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica* (pp. 325 - 335). Porto Alegre: Artmed.
- Alves, D. L. (2017). O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(1), 55 - 71.
- Atallah, F., McCalla, S., Karakash, S., & Minkoff, H. (2016). Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 1 - 5. doi:10.1016/j.ajog.2016.08.029
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, 1(2), 71 - 79.
- Barrett-Lennard, G. T. (1988). Listening. *Person-Centered Review*, 3(4), 410 - 425.
- Braga, G. L. D. B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(3), 307 - 314. doi:10.1590/S0103-166X2006000300010
- Brandão, M. Z. D. S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179 - 187.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Bohart, A.C., & Tallman, K. (1997). Empathy and the active client: an integrative, cognitive experiential approach. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: new directions in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/10226-017
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: a primer for lay and professional helpers. Volume I: Selection and training*. New York: Holt.
- Cavalheiro, C. V., & Melo, W. V. (2016). Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. *Psicologia em Revista*, 22(3), 579 - 595. doi:10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P579
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli, & cols. (Eds.), *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3a ed., pp. 19 - 41). Porto Alegre: Artmed.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.
- Eizirik, C. L., Liberman, Z., & Costa, F. (2008). A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In A. V. Cordioli, & cols. (Eds.), *Psicoterapias: Abordagens Atuais* (3a ed., pp. 74 - 84). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O. (2003). Empatia. Em C. N. de Abreu, & M. Roso (Eds.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista. Novas fronteiras da prática clínica* (pp. 275 - 287). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O. (2004). A relação terapêutica. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 483 - 495). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O. (2006). A dor e a delícia de ser um terapeuta: considerações sobre o impacto da psicoterapia na pessoa do profissional de ajuda. In H. J. Guilhardi, & N. C. de Aguirre (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (pp. 135 - 145). Santo André: ESETec.
- Falcone, E. M. O. (2011). Relação terapêutica como ingrediente ativo de mudança. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2a ed., pp. 145 - 154). Porto Alegre: Artmed.
- Falcone, E. M. O., & Azevedo, V. S. (2006). Um estudo sobre a reação de terapeutas cognitivo-comportamentais frente à resistência de pacientes difíceis. In E. F. M. Silveiras. (Ed.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (1a ed., pp. 159 - 184). Campinas: Alínea.
- Falcone, E. M. O., & Macedo, T. F. (2012). Quando o espelho não reflete a imagem idealizada. In C. B. E. Neufeld. (Ed.), *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais. Histórias de vida e de psicoterapia* (1a ed., pp. 641 - 657). Porto Alegre: Sinopsys.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2012). *Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities*. London: Routledge.
- Ivey, G. (2013). Cognitive therapy's assimilation of countertransference: a psychodynamic perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(2), 230 - 244. doi:10.1111/bjpp.12015
- Katz, R. S. (2016). When our personal selves influence our professional work. In R. Katz, & T. Johnson (Eds.), *When Professionals Weep: emotional and countertransference responses in palliative and end-of-life care*. (pp. 3 - 12). London: Routledge.
- Leahy, R. L. (2009). *Superando a resistência em terapia cognitiva*. São Paulo: Editora LMP.
- Leite, L., & Peres, G. P. (2009). *A contratransferência na abordagem psicanalítica e cognitivo-comportamental: duas Perspectivas, uma só importância*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0134.pdf>
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para transtorno da personalidade Borderline: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Machado, D. D. B. (2014). *Contratransferência e aliança terapêutica no início de psicoterapia psicodinâmica de adultos*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116797/000965840.pdf?sequence=1>
- Machado, A. A. C., & Vandenberghe, L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: desafios e possibilidades com uma paciente borderline. *Psicologica*, 57(2), 95 - 109. doi:10.14195/1647-8606_57-2_5
- Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. (1ª ed., pp. 101 - 110). Porto Alegre: Artmed.

- Najavits, L. M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 322 - 328. doi:10.1016/S1077-7229(00)80090-5
- Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2016). Transtorno de Personalidade Borderline. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo* (5a ed., pp. 393 - 460). Porto Alegre: Artmed.
- Newman, C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *J Clin Psychol*, 58(2), 165 - 174. doi:10.1002/jclp.1140
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 4 - 8. doi:10.1037/a0022180
- Pereira, F. P. C. L. (2013). *Entre dois mundos: narrativas de psicoterapeutas sobre a contratransferência*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72019/2/30081.pdf>
- Pergher, G. K., & Melo, G. V. (2014). Terapia de aceitação e compromisso. In W. V. Melo (Ed.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 344 - 367). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Pinho, V. D., & Figueiredo, C. (2012). O uso da contratransferência como ferramenta terapêutica: relato de caso. In E. M. O. Falcone, A. D. Oliva, & C. Figueiredo (Eds.), *Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 529 - 536). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M., & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 154(3), 189 - 198. doi:10.5507/bp.2010.029
- Range, B. (1995). Relação terapêutica. In B. Range (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp. 43 - 64). Campinas: Psy.
- Reilly, C. E. (2000). The role of emotion in cognitive therapy, cognitive therapists, and supervision. *Cognitive and Behavioral practice*, 7(3), 343 - 345. doi:10.1016/S1077-7229(00)80093-0
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Uma terapia comportamental baseada em aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo* (5a ed., pp. 206 - 236). Porto Alegre: Artmed.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5 - 44. doi:10.1177/089484530303000102
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In R. R. Kerbauy (Ed.), *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 229 - 233). Santo André: SET.
- Tishby, O., & Wiseman, H. (2014). Types of countertransference dynamics: an exploration of their impact on the client-therapist relationship. *Psychotherapy Research*, 24(3), 360 - 375. doi:10.1080/10503307.2014.893068
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2), 163 - 172. doi:10.1037/a0023200
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2009). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2016). Terapia cognitiva para depressão. D. H. Barlow (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo* (5a ed., pp. 275 - 330). Porto Alegre: Artmed.
- Zamignani, D. R. (2000). O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. In R. R. Kerbauy (Ed.), *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 234 - 243). Santo André: SET.