

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes

TEORIA

COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Manejo da ansiedade e no
treino de habilidades sociais:
estudo de caso



Editora Conhecimento Livre

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes

Terapia cognitivo comportamental no manejo da ansiedade e no treino de habilidades sociais:
estudo de caso

1ª ed.

Piracanjuba
Editora Conhecimento Livre
2020

ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Menezes, Thaís de Sousa Bezerra de

M543t Terapia cognitivo comportamental no manejo da ansiedade e no treino de habilidades sociais: estudo de caso. / Thaís de Sousa Bezerra de Menezes. – Piracanjuba-GO: Editora Conhecimento Livre, 2020.

54f.: il.

ISBN: 978-65-86072-06-8

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1. Psicologia. 2. ansiedade. 3. Habilidades sociais. 4. Cognitivo comportamental 5. I. Menezes, Thaís de Sousa Bezerra de. I. Título.

CDU: 159.9

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
CAPÍTULO 1 - PRINCÍPIOS DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL.....	6
CAPÍTULO 2 - ENTREVISTA INICIAL E APRESENTAÇÃO DO CASO.....	17
METODOLOGIA:	17
ESTUDO DE CASO DESCRITIVO E ANALÍTICO.....	17
QUEIXA PRINCIPAL	18
EVOLUÇÃO DA QUEIXA	18

SINTOMAS	21
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	26
DEMAIS QUEIXAS	27
CAPÍTULO 3 - O PROCESSO TERAPÊUTICO	29
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	48

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
NO MANEJO DA ANSIEDADE E NO TREINO
DE HABILIDADES SOCIAIS: ESTUDO DE
CASO

THAÍS DE SOUSA BEZERRA DE MENEZES

APRESENTAÇÃO

Este é um estudo de caso se refere a uma intervenção em Terapia Cognitivo-Comportamental para um caso de Ansiedade e dificuldade em Habilidades Sociais. O paciente manifestava problemas sintomas de ansiedade em diversas situações como falar em público, fazer atividades desacompanhado (o que gerava alta dependência de outras pessoas), conhecer novas pessoas e estar em ambientes sociais. Também possuía dificuldade em lidar com o pai, em fazer novos amigos e se engajar em relacionamentos amorosos devido a

problemas nas habilidades sociais. Essas questões impactavam a autoestima do paciente. Os atendimentos foram durante um ano. Ao final do tratamento, foram observadas mudanças em seu modelo de funcionamento cognitivo e em seu repertório comportamental com diminuição dos sintomas ansiolíticos e melhora nas habilidades sociais. O cliente teve alta depois de seus objetivos na terapia serem alcançados.

CAPÍTULO 1 –PRINCÍPIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960. O principal motivo que levou o Aaron Beck a propor uma nova teoria e Terapia foi a constatação de que existiam padrões de pensamentos disfuncionais em pacientes com depressão que se repetiram com frequência (HARVARD HEALTH PUBLISHING, 2016).

A partir de então formulou sua teoria e terapia, apoiada em 10 princípios básicos. Esses princípios são:

- a) A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos;
- b) A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida;
- c) A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa;
- d) A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas;

- e) A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente;
- f) A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída;
- g) A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo;
- h) As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas;
- i) A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;

j) A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento (BECK, 2014, p. 29).

Esses princípios básicos norteiam a prática em terapia cognitivo-comportamental, e se relacionam à premissa de existe uma interrelação entre cognição-emoção e comportamento. Assim, frisa-se que não são os eventos que geram as emoções e os comportamentos e sim as interpretações feitas acerca desse evento, ou seja, o pensamento (KNAPP, 2004).

Para a terapia cognitivo-comportamental, a estrutura organizacional do pensamento se dá em três níveis: crenças nucleares, as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos. As crenças nucleares são compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para o próprio sujeito, elas são o nível mais fundamental da crença; são globais, rígidas e super generalizadas (BECK, 2014). Já os pensamentos automáticos (as palavras ou imagens que passam pela mente do sujeito), são específicos para as situações e podem ser

considerados como o nível mais superficial de cognição, o que é de mais fácil acesso (BECK, 2014). Beck (2014), também traz que as crenças intermediárias são compostas por regras, pressupostos e atitudes e existem entre esses dois níveis (crenças nucleares e pensamentos automáticos).

É comum que os pensamentos automáticos contenham erros cognitivos que são equívocos característicos na lógica dos pensamentos e que são importantes na instalação e manutenção de estilos patológicos de processamento de informações (WRIGHT;

BASCO; THASE, 2009). Quando o conteúdo dos pensamentos automáticos possui erros, eles se tornam disfuncionais. Esses erros normalmente tornam o pensamento distorcido, catastrófico, negativo e auto-referente o que atrapalha o sujeito a superar suas dificuldades e problemas (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008). Esses erros geralmente provêm de crenças nucleares e intermediárias desadaptativas.

Como mencionado, as crenças centrais diferentemente dos pensamentos automáticos, ocorrem em um nível mais profundo, mais

enraizado e costuma afetar boa parte das cognições (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008).

Wright, Basco e Thase (2009) trazem que boa parte do tratamento em terapia cognitivo-comportamental consiste em ajudar o paciente a reconhecer e modificar esquemas (crenças) e pensamentos automáticos desadaptativos. Para a modificação desses esquemas e crenças é necessário que o terapeuta faça uma conceitualização cognitiva do caso para que os métodos terapêuticos sejam utilizados corretamente e para que o empirismo

colaborativo entre terapeuta e paciente seja estimulado.

Um dos pressupostos da teoria é de que a cognição (pensamentos e crenças), estão relacionados às emoções e ao comportamento. Assim, se conseguirmos alterar o pensamento automático, a emoção, o comportamento e as respostas fisiológicas se alteram (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008). Porém é importante enfatizar que o trabalho com os pensamentos automáticos tem a finalidade de acessar as crenças centrais e, para isso, “é necessário ir além da superficialidade, daquilo

que se mostra em um primeiro momento” (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008, p. 294).

Assim, a TCC prima por uma descoberta guiada, onde o paciente é levado a descobrir por si os pontos falhos em seus pensamentos e reações através de técnicas como o questionamento socrático e a psicoeducação (KNAPP, 2004, p. 30). O tratamento deve iniciar-se com a definição de metas e passar por diversos processos que culminarão no gradativo encerramento da terapia após o alcance das metas definidas previamente.

Embora a TCC tenha sido usada inicialmente apenas para tratar a depressão atualmente é usada para tratar praticamente todo tipo de transtorno psiquiátrico além de ser útil para ajudar as pessoas sem transtornos psiquiátricos a obter mais conhecimento sobre seu pensamento e mais controle sobre suas reações e, em suma, melhorar sua saúde mental (HARVARD HEALTH PUBLISHING, 2016). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar um estudo de caso atendido em Terapia Cognitivo-comportamental no intuito de ampliar o conhecimento produzido na área.

CAPÍTULO 2 – ENTREVISTA INICIAL E APRESENTAÇÃO DO CASO

METODOLOGIA:

ESTUDO DE CASO DESCRITIVO E ANALÍTICO.

O estudo de caso do cliente P., apresentado a seguir, iniciou-se em março de 2015 e a alta aconteceu em abril de 2016. O paciente P. é do sexo masculino, solteiro e tinha 18 anos no início do atendimento. P. é estudante de curso de humanas, mora com os pais e o irmão de 6 anos à época do tratamento.

QUEIXA PRINCIPAL

O paciente traz como queixa principal a ansiedade em se expor em público, fazer atividades sozinho (o que, segundo ele o torna “emocionalmente dependente das outras pessoas”) e conhecer novas pessoas. Também diz querer melhorar sua autoestima e lidar melhor com o pai.

EVOLUÇÃO DA QUEIXA

Início a queixa: Relata que a queixa se iniciou provavelmente quando houve um afastamento do pai. O paciente relata que sempre discute com o pai por pensar muito parecido ou muito

diferente dele. Mais à frente na entrevista inicial relata que boa parte dessas discussões é porque se ressentia por acreditar que os pais tratam melhor seu irmão mais novo do que ele quando tinha a mesma idade. Esse “tratar melhor” refere-se principalmente a questões de controle de liberdade, relata ter sido criado muito “preso” e (em suas palavras) sente inveja do irmão mais novo, por este não ser privado como ele foi. O pai do paciente também era alcoolista e boa parte das discussões aconteciam quando ele estava sob efeito de álcool.

Também relata ter sentido grande solidão na infância e início da adolescência. Ele afirma ter se isolado dos pares durante uma época na infância e diz ter sido isolado (porque todos tinham grupos íntimos de amigos e ele, apesar de se dar bem com todos, não tinha nenhum) durante a adolescência. Diz que nessa época se sentia muito só, mas se aproximou de uma pessoa e se apaixonou por esse amigo que apesar de saber sobre seus sentimentos, não parecia os corresponder igualmente, sempre evitando situações que se aproximem do tema de um possível relacionamento romântico. P.

afirmou que essa pessoa K. afastava-se da amizade periodicamente sem dar explicações e passava longos períodos sem se comunicar com P., o que lhe trazia muito sofrimento.

SINTOMAS

O paciente relata posteriormente que quando tem crises de ansiedade que surgem ao discutir com o pai ou presenciar discussões entre os pais, ao falar em público (apresentar trabalhos na faculdade), ao encontrar com K. em um período em que ele está afastado. O paciente relata sentir “o coração acelerar” (taquicardia),

falta de ar e intensa sudorese nas mãos e principalmente pés durante essas crises. Mais à frente na entrevista relata que na primeira vez que teve um episódio assim foi a um médico queixando-se de pressão alta (pelo relato do paciente este parece ter confundido a taquicardia com o aumento da pressão). O paciente não relatou ao médico que isso só acontecia quando ele passava por situações estressantes. O médico passou um medicamento para pressão (atenolol), não foi feito novo acompanhamento até então (passaram-se aproximadamente 4 anos). O

paciente usa este medicamento apenas quando passa por situação estressante, diz que o medicamento o deixa relaxado e sonolento. O paciente parece usar o medicamento para diminuição da pressão como psicotrópico/ansiolítico. Relata ainda que sente ansiedade e desconforto ao fazer atividades desacompanhado (o que inclui tarefas simples como ir tirar a pressão sozinho, ir à padaria ou comer um lanche); ao conhecer novas pessoas e estar em ambientes sociais (como festas), o que prejudica muito sua vida social e por isso sai raramente.

Assim, o paciente relata ainda ter grande dificuldade em conhecer novas pessoas e fazer novos amigos e disse que apresentava grande resistência em abrir mão de pessoas que já conheceu (principalmente na adolescência), mesmo que esses não estivessem interessados em sua amizade e que o magoassem com frequência. Relatou que possui uma grande dependência emocional em relação aos poucos amigos que tem, pois precisa estar acompanhado por eles para não se sentir ansioso ao fazer tarefas simples, como as mencionadas e diz que isso o incomoda muito.

Em relação à sua vida afetiva, o cliente não via a possibilidade de se relacionar romanticamente com ninguém por sua dificuldade em fazer novos amigos e relatou que isso afeta sua autoestima.

Na entrevista inicial as principais queixas descritas pelo paciente foram: ser menos ansioso, lidar melhor com o pai, ser menos dependente das outras pessoas, e trabalhar dificuldades com a autoestima.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Não relata ter tido problemas ou diagnósticos nas áreas de Atenção (diagnóstico de TDAH, concentração e desempenho escolar, concentração por motivação); Linguagem (pronúncia de palavras, problemas de audição, problemas de dicção e leitura); Memória (capacidade de armazenamento, recuperação, excepcionalidade, memória de curto e longo prazo); Pensamento (coerência, organização, relação com eventos externos, estabelecimento de relações, lógica); Consciência (tomada de decisão, compreensão

dos sentimentos e situações, controle e manejo); Percepção (viso espacial, percepção simétrica de corpo e espaço, capacidade de representação interna)

DEMAIS QUEIXAS

Relata desânimo, ansiedade e sensação de abandono. Relatou evento recente (há cerca de 2 semanas antes da entrevista inicial), onde após discussão dos pais teve sintomas compatíveis com uma crise de ansiedade: taquicardia, sudorese mãos e pés, dificuldades de respiração. Nesse episódio relata ter chorado muito (desesperadamente) e diz ainda ter

acordado no dia seguinte com a região da caixa
torácica dolorida.

CAPÍTULO 3 - O PROCESSO TERAPÊUTICO

Na fase inicial do processo houve um processo de avaliação do paciente o que nos deu indicações sobre sua estrutura cognitiva, apoiada principalmente em crenças centrais de desvalor e desamparo. Constatou-se que a ansiedade relatada pelo paciente, apesar de clinicamente significativa, não preenchia os critérios para inclusão em qualquer dos transtornos de ansiedade relatados pelo DSM-V, porém se aproxima do Transtorno de ansiedade social. Neste transtorno o sujeito apresenta ansiedade intensa em situações de

interação social como iniciar uma conversa com um desconhecido, também quando se percebe observado (comendo, bebendo ou escrevendo) ou em destaque (falando para um público) (KNIJNIK; SALVADOR; ITO, 2019). É comum que o paciente se esquive dessas situações devido ao desconforto que lhe causam ou que as enfrente mas menciona passar por certo sofrimento nestes casos.

Após a avaliação iniciou-se o processo de psicoeducação do modelo cognitivo-comportamental, com ênfase na maneira em que as crenças centrais (geradas muito cedo na

infância) influenciam na criação de crenças intermediárias e pensamentos automáticos. Enfatizou-se ainda a forma como situações desencadeiam pensamentos automáticos que, quando distorcidos ou se são disfuncionais, influenciam negativamente nossos sentimentos e comportamentos. Seguiu-se então para uma psicoeducação da ansiedade que incluindo seus aspectos fisiológicos com o aumento da atividade no sistema nervoso simpático e a liberação da adrenalina e noradrenalina o que produz os sintomas ansiosos relatados pelo paciente (RANGÉ, 2001). Esta psicoeducação

seguiu-se à psicoeducação do tratamento da ansiedade que incluía o treinamento de técnicas de relaxamento para o manejo da ansiedade, mas o principal objetivo deveria ser a modificação das crenças centrais e intermediárias que estão associadas a pensamentos automáticos que às vezes estão distorcidos são disfuncionais e geram as repostas de ansiedade.

A seguir o paciente foi ensinado a identificar seus pensamentos automáticos bem como a identificar as possíveis distorções cognitivas associadas. Como instrumentos utilizados

nessa etapa utilizamos o Formulário de controle do pensamento (EDELMAN, 2014) e a técnica do Questionamento socrático (BECK, 2013) a fim de promover uma reestruturação cognitiva dos pensamentos automáticos distorcidos para posteriormente alcançar as crenças intermediárias e centrais. Segundo SAFFI, SAVOIA e LUTUFO NETO (2008), o questionamento socrático é uma técnica que encoraja o paciente a contemplar, avaliar e sintetizar diversas informações, através de uma sequência de disparadas pelo terapeuta. Essas perguntas levariam o paciente a pensar com

mais cuidado e, dessa forma, essa racionalização ajudaria o paciente a ter mais clareza e tomar decisões mais coerentes, vindas a partir de suas próprias conclusões (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008).

A partir disso, iniciou-se o foco mais diretamente nas queixas relatadas inicialmente pelo paciente, concomitantemente trabalhadas com o questionamento socrático e outras técnicas a fim de obter-se uma reestruturação das crenças intermediárias e centrais do cliente.

O primeiro objetivo do paciente era ter menos ansiedade, para isso, utilizamos do Treino de

Respiração Diafragmática e do Relaxamento muscular progressivo de Jacobson, Exposição gradual a atividades ansiolíticas para o paciente (como ir à padaria sozinho até o ponto de fazer uma viagem sozinho), bem como à reestruturação dos pensamentos automáticos distorcidos ou disfuncionais.

Prosseguimos com os processos de reestruturação cognitiva através da correção dos pensamentos automáticos e crenças intermediárias ao mesmo tempo em que fortalecemos as habilidades de manejo da ansiedade. Iniciamos então a fase de exposição

às situações temidas através da imaginação, o que nos possibilitou treinar intervenções efetivas (correção de pensamentos e a aplicação das técnicas de respiração e relaxamento) em um ambiente controlado em que o paciente se sentia seguro.

Depois da exposição em consultório iniciamos a exposição às situações temidas in vivo de maneira lenta e gradual. Segundo SILVA, JAEGER, FREITAS e CORDIOLI (2019), nessa fase dos exercícios de exposição gradual, experimentos comportamentais e prevenção de respostas, o paciente deve, sobretudo, estar

disposto a suportar o aumento inicial da ansiedade, que é inevitável, porém passageiro.

Ainda nesta etapa, foi solicitado ao paciente técnica de realização de diários, onde ele deveria anotar em um diário determinada situação, os sentimentos que surgiram e o pensamento automático que teve (SAFFI; SAVOIA; LUTUFO NETO, 2008).

Como o paciente já conseguia identificar e responder a maior parte de seus pensamentos sem a ajuda da terapeuta e tinha um bom domínio das técnicas comportamentais de manejo da ansiedade, o paciente pôde realizar

as exposições iniciais sem muitas dificuldades. O treino de manejo da ansiedade interferiu positivamente no objetivo do paciente de ser menos dependente das outras pessoas por diminuir a ansiedade em fazer atividades desacompanhado, o que também ajudou a aumentar sua autoestima (outro dos objetivos do paciente).

A seguir, iniciamos o foco na queixa de lidar melhor com o pai, para isto aplicamos foi necessário iniciar um treino em habilidades sociais. As habilidades sociais são fatores muito importantes para o início e a manutenção das

relações entre as pessoas já que são necessárias para iniciar e manter uma conversa, manejar conflitos, negociar, manter amizades, iniciar e manter um relacionamento afetivo, entre outros (CORDIOLI; JAEGER, 2019).

Assim iniciamos o treino seguindo um Protocolo de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) com conteúdos do livro de Caballo (2003). Esse protocolo inclui: a psicoeducação sobre as origens das habilidades sociais; a psicoeducação sobre os direitos humanos básicos, a psicoeducação sobre a diferença entre assertividade, passividade e

agressividade, bem como o treinamento para a assertividade, o foco no estabelecimento das relações sociais, estratégias para manutenção das conversações, treino de como fazer e receber elogios, fazer e recusar pedidos (como dizer não), expressão de incômodo desagradado e desgosto, treino para o enfrentamento de críticas e treino da expressão de amor e agrado. O Treino de habilidades sociais impactou nos problemas com discussões com o pai, bem como o ajudou a conhecer novas pessoas, pois o ajudou a iniciar e manter conversações, isto impactou em sua vida social que se tornou mais

ativa. Além disso, o treino o ajudou a iniciar relações amorosas e a terminá-las quando foram prejudiciais ao cliente, o que teve um impacto muito positivo na sua autoestima, que também era objetivo para a terapia. O THS também o ajudou a ser assertivo nas mais diversas instâncias e a reestruturação cognitiva, trabalhada concomitantemente, o ajudou a elaborar melhor algumas de suas relações como a sua relação com K., decidindo afastar-se dele visto que ele lhe causava muito sofrimento., e o fez de maneira assertiva.

Por fim, prosseguimos à fase de consolidação dos ganhos e prevenção à recaída com alta do paciente após um ano de tratamento.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO

Os procedimentos citados levaram a uma reestruturação das crenças centrais de desvalor e desamparo, bem como à reestruturação de suas crenças intermediárias (regras, pressupostos e atitudes) e pensamentos automáticos distorcidos e/ou disfuncionais do paciente.

O processo terapêutico do paciente P tem evoluído rapidamente e ao final da terapia P. consegue fazer novos amigos em diferentes ambientes: como na biblioteca, em festas e na universidade. P. também conseguiu se engajar

em um relacionamento romântico com uma pessoa que conheceu em uma festa, relatou que foi o Treino em Habilidades Sociais que o ajudou. P. está mais assertivo com seus amigos e seu pai, diz o que pensa respeitando os Direitos Humanos Básicos do outro. O cliente não procura mais K., mas também não tem mais receio ou sente ansiedade em pensar num encontro ao acaso. P. reconhece e questiona a grande maioria de seus pensamentos automáticos distorcidos, assim quando os trazia a terapia, pouco antes da alta, tais pensamentos já estão trabalhados pelo questionamento

socrático. A modificação dos pensamentos automáticos trouxe grande modificação no comportamento de P. que não se incomoda mais ao fazer tarefas sozinho. Antes da terapia P. nunca se imaginou viajando sozinho, por isso tinha o sonho de fazer o doutorado em outra cidade, mas achava impossível se quer visitar outra cidade, mesmo que próxima, sem companhia. P. visitou várias vezes amigos outra cidade. P. não se comunicava bem em público e acreditava que seu tom de voz o tornava incompreensível para falar para uma sala de aula, por exemplo. Gaguejava muito e “travava”

apresentando trabalhos orais de disciplinas na universidade. Acreditava estar sendo julgado por todos quando falava em público e isso o apavorava, evitava constantemente essas tarefas ou as realizava sem muita mestria. Ao final da terapia P. apresenta-se com desenvoltura não só em disciplinas, mas também para públicos difíceis como especialistas que criticam sua fala (por motivos acadêmicos), sem dificuldades.

Quando o companheiro começou a se afastar de P. e dizer que tinha dúvidas sobre o relacionamento dos dois P. foi capaz de

assertivamente tentar resolver a situação e depois de algumas tentativas falhas P. foi capaz de terminar o relacionamento de forma que o outro não se sentisse magoado. P e L. ainda são amigos. P. está saindo mais e tem conhecido novas pessoas. P. está aberto a outros relacionamentos.

A alta do paciente começou em dezembro com a diminuição dos encontros até a alta definitiva em abril. O cliente P. se mostra satisfeito com o progresso na terapia, mas triste pelo fim dos encontros semanais, mesmo com a alta tendo sido progressiva e tendo sido feito extenso

trabalho em relação a alta. O cliente reconhece os progressos que fez, que suas queixas foram resolvidas e que possui todas as ferramentas para seguir bem em seus futuros empreendimentos. De resto, o processo foi concluído sem maiores dificuldades.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. Terapia Cognitivo-Comportamental
- Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos, 2003.

CORDIOLI, Aristides Volpato; JAEGER, Marianna de Barros. Terapia comportamental no tratamento dos transtornos mentais. In: CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET, Eugenio Horacio. Psicoterapias: Abordagens Atuais. Artmed Editora, 2019. p.171-186.

EDELMAN, S. Basta Pensar Diferente, como a Ciência Pode Ajudar Você a Ver o Mundo por Novos Olhos. Curitiba: Fundamento, 2014

KNAPP, Paulo. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica, p. 19-41, 2004.

KNIJNIK, Daniela Zippin; SALVADOR, Maria do Céu; ITO, Ligia. Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social (fobia social). In: CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET, Eugenio Horacio. Psicoterapias: Abordagens Atuais. Artmed Editora, 2019. p.537-553.

RANGÉ, B. Vencendo o pânico: instruções passo-a-passo para quem sofre de ataques de

pânico. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia,
Universidade federal do Rio de Janeiro, 2001.

SAFFI, Fabiana; SAVOIA, Mariângela; LUTUFO
NETO, Francisco. Terapia comportamental e
cognitivo-comportamental. In: CORDIOLI,
Aristides Volpato. Psicoterapias: abordagens
atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 285-298.

SILVA, Katiane; JAEGER, Marianna de Barros;
FREITAS, Lucia Helena Machado; CORDIOLI,
Aristides Volpato. Questões cruciais para o
início, o curso e o término da psicoterapia. In:
CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET,

Eugenio Horacio. Psicoterapias: Abordagens
Atuais. Artmed Editora, 2019. p. 109-121.

HARVARD HEALTH PUBLISHING. Dr. Aaron T.
Beck: "Father" of Cognitive Therapy; 2016.
Disponível em: <<http://link-galegroup.ez15.periodicos.capes.gov.br/apps/doc/A481573019/AONE?u=capex&sid=AONE&xid=a5047aa7>> Acesso em: 22 abr. 2020

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E.
Aprendendo a terapia cognitivo-
comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2009.