

Sabrina Bastos de Freitas¹
Leonardo Rosa Habib¹
Aline Sardinha²
Anna Lucia Spear King²
George Barbosa³
Fernanda Corrêa Coutinho²
Camila Martiny-Costa²
Marcele Regine de Carvalho^{1,4,5}
Stephen Palmer^{1,6}
Antonio Egidio Nardi^{1,2}
Gisele Pereira Dias^{1,2}

Terapia cognitivo-comportamental e coaching cognitivo-comportamental: como as duas práticas se integram e se diferenciam

Cognitive-behavioural therapy and cognitive-behavioural coaching: differences and similarities between the two approaches

RESUMO

O *coaching* cognitivo-comportamental (CCC) é um processo estruturado de estabelecimento e alcance de metas que se fundamenta sobre o princípio cognitivo-comportamental, que pressupõe que não são os eventos em si que deflagram respostas emocionais e comportamentais, mas a interpretação que os indivíduos apresentam sobre eles. Nesse sentido, o CCC é um processo de identificação e desbloqueio de padrões cognitivos que dificultam a realização e o alcance de objetivos vinculado a planos de ação para a mudança comportamental, tendo sido descrito como método eficaz para o alcance de resultados na vida profissional e pessoal. No entanto, a interface dessa prática com a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido pouco investigada no Brasil. Assim, este artigo tem como objetivo discutir algumas das principais semelhanças e diferenças entre essas duas práticas. Pretende-se, com essa discussão, contribuir para o fortalecimento da prática profissional fundamentada sobre a abordagem cognitivo-comportamental para além do contexto clínico no nosso país, tendo em vista que o CCC visa atuar com clientes que não preenchem critérios diagnósticos para transtornos mentais ou que simplesmente almejam alcançar uma experiência de viver mais plena e dotada de significado.

Palavras-chave: *coaching* cognitivo, desenvolvimento humano, terapia cognitiva.

ABSTRACT

Cognitive-behavioral coaching (CBC) is a structured process of goal establishment and attainment that is grounded on the cognitive-behavioral principle that emotional and behavioral responses are not triggered by events per se but by the individual's interpretation of them. In this respect, the CBC is a process of identifying and unblocking cognitive patterns that difficult goal achievement, tagged to action plans targeting behavioral change. CBC has been described as an effective method for achieving results in both professional and personal dimensions of life. However, the interface of this practice with CBT has been little investigated in Brazil. Thus, the present article aims at attempting to bridge this gap by presenting and discussing some of the main similarities and differences between these two practices. It is intended that this discussion will contribute towards the strengthening of cognitive-behavioral-grounded practices beyond the clinical context in our country, with patients who do not fulfill diagnostic criteria for mental disorders or with those who simply aim at developing a more purposeful experience of living.

Keywords: cognitive coaching, human development, cognitive therapy.

¹ Unidade de Psicologia do Coaching – Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR/ IPUB/UFRJ).
² Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR/ IPUB/UFRJ).
³ Fundação Vanzolini da Universidade de São Paulo (USP).
⁴ Departamento de Psicologia Clínica/Divisão de Psicologia Aplicada, Instituto de Psicologia (UFRJ)
⁵ Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora (IPUB/UFRJ).
⁶ Coaching Psychology Unit, City University London, UK

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psiquiatria (IPUB) Laboratório de Pânico e Respiração Unidade de Psicologia do Coaching

Correspondência:

Gisele Pereira Dias.
Av. Venceslau Brás, 71 - fundos, Praia Vermelha.
Rio de Janeiro - RJ. Brasil. CEP: 22290-140.
E-mail: giseledias@ufrj.br

Artigo submetido em 20 de fevereiro de 2015.
Artigo aceito em 02 de abril de 2015.

As novas tecnologias vêm surgindo com enorme velocidade (Moran, Masetto, & Behrens, 2009), e esse fato, unido às pressões cada vez mais fortes do mercado profissional, contribui para o aumento dos níveis de estresse na população e para o desafio de equilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Nesse contexto, o *coaching* tem despontado como ferramenta para auxiliar o processo de desenvolvimento humano, contribuindo para o autoconhecimento, a promoção de saúde mental e a qualidade de vida (Jones, 2006).

O *coaching* caracteriza-se como um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais, direcionando o indivíduo a alcançar metas, solucionar problemas e superar barreiras e limitações (Palmer & Szymanska, 2007). O *coach* é um facilitador que fornece suporte contínuo para o *coachee* (cliente) estabelecer planos de ação eficientes para o alcance de metas específicas (Whitmore, 2009), o que, em geral, requer o desenvolvimento de novos padrões cognitivos e comportamentais. O *coach* não precisa ser um especialista na área de atuação de seu cliente, que deve ser um indivíduo que não preencha, no momento, critérios diagnósticos para transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, o *coaching* se diferencia da terapia, sendo esta a prática mais indicada para aqueles que necessitam desconstruir padrões disfuncionais em direção a formas de viver mais adaptativas.

Este artigo tem como objetivo, portanto, discutir algumas das principais semelhanças e diferenças entre essas duas práticas: o CCC e a TCC. Será abordado também o diálogo que o CCC estabelece com o *coaching* focado em soluções (CFS), integração que contribui para a caracterização das diferenças entre o *coaching* e o processo terapêutico. Pretende-se, com essa discussão, contribuir para o fortalecimento da prática profissional fundamentada sobre a abordagem cognitivo-comportamental para além do contexto clínico no nosso país.

Para a elaboração do presente artigo foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, utilizando-se como método a busca de artigos e capítulos em periódicos e livros acadêmicos especializados no tema de psicologia do *coaching*, CCC, CFS e TCC.

PSICOLOGIA DO COACHING

Os profissionais da área da psicologia podem contribuir para o processo de *coaching* a partir de sua sólida compreensão sobre a mudança no ser humano, desenvolvendo intervenções de *coaching* baseadas em conceituações de caso teoricamente fundamentadas e utilizando processos e técnicas validadas e baseadas em evidências (Grant, 2006).

Além disso, apesar de o *coaching* ter como público-alvo populações não clínicas, muitos clientes podem chegar ao *coach* com problemas psicológicos significativos, tendo em vista que muitos deles buscam o processo por perceberem o *coaching* como uma forma de terapia socialmente aceita. Assim, a atuação do psicólogo no sentido de identificar

possíveis transtornos mentais é um diferencial importante desse profissional e, acima de tudo, um compromisso ético na área de desenvolvimento de pessoas.

Dessa forma, revela-se de extrema importância atentar para a necessidade de que os treinamentos de *coaching* abranjam aspectos essenciais da saúde mental, tornando os *coaches* aptos a reconhecer cada caso e a fazer os encaminhamentos adequados (Grant, 2010). Além disso, bloqueios psicológicos são, em geral, os motivos que levam alguns clientes de *coaching* a ter dificuldades em aderir aos planos de ação para o alcance das metas. Por exemplo, crenças autolimitantes, ainda que não relacionadas à psicopatologia, podem dificultar o caminho rumo aos objetivos. Nesse contexto, torna-se fundamental o trabalho psicológico aliado ao estabelecimento de planos de ação.

Apesar de os psicólogos já atuarem como *coaches* há muito tempo, a psicologia do *coaching* emergiu apenas recentemente como uma subdisciplina acadêmica (Grant, 2006), e pode ser entendida como a aplicação sistemática da ciência do comportamento com o objetivo de aprimorar a experiência de vida, o desempenho profissional e o bem-estar para indivíduos, grupos e organizações que não tenham problemas clinicamente significativos de saúde mental ou níveis anormais de sofrimento psicológico (Green, Oades, & Grant, 2006). A psicologia do *coaching* oferece diversos arcabouços teóricos para a atuação profissional em *coaching* ao fundamentar o estudo e a aplicação de técnicas sob diferentes modelos psicológicos estabelecidos, como o *coaching* psicodinâmico, o *coaching* centrado na pessoa, o CCC, entre outros (Palmer & Szymanska, 2007). Aqui, daremos destaque ao CCC.

O CCC é uma abordagem de *coaching* baseada nos princípios teóricos da TCC, mas que tem técnicas específicas para promover e facilitar processos de mudança e alcance de metas (Grant, 2003). Como aponta o terapeuta e psicólogo-coach Professor Stephen Palmer (Sardinha, 2012), pesquisas realizadas em diferentes áreas mostram como o CCC pode ser utilizado para uma grande variedade de questões, incluindo autoaceitação, estresse, ansiedade de desempenho, depressão, perfeccionismo, procrastinação, controle emocional, resiliência e bem-estar.

O CCC é um processo de autoconhecimento e desenvolvimento de recursos próprios do indivíduo por intermédio de sessões estruturadas e com uso de técnicas cognitivas, comportamentais e de imagem (Palmer & Szymanska, 2007). Busca auxiliar o indivíduo a modificar padrões específicos de pensamento e comportamentos insatisfatórios que o impedem de realizar planos e obter sucesso (Palmer & Cavanagh, 2006).

Já a bem conhecida e estabelecida TCC é uma forma de terapia breve que utiliza técnicas específicas voltadas para a redução de sintomas, como exercícios de indução dos sintomas, de reeducação da respiração e de relaxamento, exposições interoceptivas e *in vivo* a locais ou situações temidas, reestruturação cognitiva (ressignificação de situações

e eventos) e psicoeducação (componentes didáticos que esclarecem conceitos e mecanismos da doença) (King, Valença, Melo-Neto, & Nardi, 2007).

Por compartilharem o mesmo referencial teórico, inúmeras são as similaridades entre a TCC e o CCC. No entanto, faz-se necessária a distinção entre as duas práticas para que os profissionais da psicologia e da saúde mental, trabalhando sob abordagem cognitivo-comportamental, possam fazer opções de técnicas e estrutura de trabalho mais bem fundamentadas a depender do contexto em que atuam.

COACHEES X PACIENTES: DELIMITANDO A POPULAÇÃO-ALVO DO CCC

A TCC foi desenvolvida inicialmente com o objetivo de tratar pacientes com diagnósticos de transtornos de ansiedade e depressão (Beck, 1976), mas, ao longo do tempo, foi se mostrando eficaz para uma série de outros quadros psiquiátricos, como transtornos alimentares (Murphy, Straebler, Cooper, & Fairburn, 2010), transtornos sexuais (Kuile, Both, & Lankveld, 2010), transtornos da personalidade (Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010), entre outros. Nesse sentido, é possível estabelecer que o público-alvo da TCC engloba principalmente indivíduos que apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico (Beck, 2011).

Já para indivíduos sem transtornos emocionais graves e que sejam resistentes à ideia de buscar o processo terapêutico ou que procurem intervenções mais focadas em solução, o *coaching* revela-se como intervenção de escolha. O foco no atendimento de populações não clínicas permite que o CCC utilize estratégias especificamente voltadas para a solução de problemas e planos de ação, após breve entendimento do caso de acordo com o modelo cognitivo. No processo de CCC com foco em soluções é esperado, ainda, que o *coachee* seja capaz de aprimorar competências comportamentais de maneira independente e autônoma, a partir de suas próprias habilidades. O papel do *coach*, nesse sentido, seria direcionar a descoberta do cliente a respeito de padrões e habilidades de pensamento e comportamento já presentes e utilizadas com sucesso pelo *coachee* em outros contextos (Palmer, Grant, & O'Connell, 2007). Já na TCC, o terapeuta, em muitos momentos, precisa dedicar uma parte considerável da sessão ao trabalho de psicoeducação com o paciente, bem como à aquisição de habilidades e flexibilização de crenças centrais desadaptativas (Caballo, 1998).

Outra diferença importante entre o terapeuta cognitivo-comportamental e o *coach* cognitivo-comportamental é que o terapeuta precisa atuar fortemente na modificação de crenças centrais que embasam as cognições e os comportamentos que precisam ser modificados, conforme apontado por Palmer (Sardinha, 2012). A intensidade da valência emocional, associada a crenças centrais disfuncionais, exige técnicas especificamente voltadas para sua flexibilização e modificação, que envolvem trabalhar com emoção, técnicas de imagem,

experimentos comportamentais e a própria relação terapêutica (Beck, 2005). Tais modalidades geralmente demandam um investimento de tempo maior no processo de terapia, embora também no CCC se utilizem técnicas de reestruturação de pensamentos por meio de formulários de crenças autolimitantes *versus* crenças propulsoras, bem como técnicas de imagem e de mudança comportamental. No caso do CCC, os pensamentos autolimitantes podem ser mais facilmente reestruturados, sem que, para isso, seja necessária a modificação de esquemas, ou seja, de estruturas centrais da personalidade. Isso porque, como aponta Grant (2003), as incongruências entre cognições, metas e comportamentos apresentados pelos *coachees* parecem ser influenciadas por valências emocionais menos intensas e de maior possibilidade de flexibilização, se comparadas às da população clínica.

TCC E CCC: DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS QUANTO À ESTRUTURA

A TCC é um processo cooperativo entre terapeuta e paciente que envolve investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas com o objetivo de compreensão e tratamento de transtornos psicológicos (Araújo & Shinohara, 2002). Caracteriza-se pela elaboração de um plano orientado por princípios e procedimentos específicos para o tratamento da demanda apresentada, sendo a estrutura das sessões fundamental para o processo de mudança (Araújo & Shinohara, 2002).

A duração do processo terapêutico, bem como o seu curso, varia em função da natureza e da quantidade de problemas apresentados, além da motivação e da disponibilidade do paciente para o tratamento (Falcone, 2001; King et al., 2007).

A faixa etária do paciente também é uma variável importante e, nesse sentido, adaptações dos protocolos precisam ser feitas caso o paciente seja criança, adolescente e pessoa na maturidade, ou se o atendimento for voltado para casais. O contexto, por sua vez, também pode variar, mas, em geral, são locais associados ao tratamento clínico, como consultório, espaços hospitalares ou outras organizações afins, como unidades de saúde (Young, 2003).

Em geral, as sessões de TCC ocorrem uma vez por semana e são estruturadas de acordo com uma agenda planejada (Petersen & Wainer, 2011), mas esse planejamento pode ser flexibilizado, dependendo da peculiaridade de cada caso (Dattilio & Padesky, 1998; Falcone, 2001). O trabalho previsto geralmente se inicia com a identificação de problemas e sintomas e com a aplicação de instrumentos de avaliação (Freeman & Dattilio, 1998). A orientação ao paciente sobre como colaborar no processo terapêutico também é contemplada nesse início, o que inclui a conversação sobre os dados coletados nas entrevistas iniciais e nos instrumentos utilizados. A partir dessas informações, o terapeuta busca formular a conceitualização do caso, a qual orientará o processo de tratamento proposto (Rangé, 2001).

No que se refere à estrutura de cada sessão, as seguintes etapas devem ser seguidas: revisão de medidas de autoinforme (escalas de depressão ou ansiedade, por exemplo), solicitação de *feedback* com relação à sessão anterior, agenda dos tópicos a serem abordados na sessão, revisão das tarefas de casa, implementação de estratégias específicas (como identificação de pensamentos automáticos e experimentos comportamentais), estabelecimento de novas tarefas de casa e, por fim, resumo da sessão e *feedback* (Beck, 1997).

Tais encontros terapêuticos devem guardar certa previsibilidade estrutural para que o paciente possa assimilar o método de trabalho e, dessa forma, colaborar com o processo (Freeman & Dattilo, 1998). Além disso, a estruturação das sessões favorece o desenvolvimento das habilidades necessárias para que o paciente se torne seu próprio terapeuta após o término do tratamento, além de maximizar o uso do tempo da sessão e contribuir para o fortalecimento da relação terapêutica por meio do *feedback* do paciente (Falcone, 2001).

No CCC, também se verifica a flexibilidade quanto à duração e ao local de realização das sessões, que podem ocorrer na organização onde o *coachee* trabalha ou no escritório do próprio *coach*. As adaptações necessárias ao processo devem atentar para as peculiaridades de diferentes culturas e gerações envolvidas (Palmer & Panchal, 2011), o que também é verdadeiro para a TCC. Além disso, o CCC pode focar-se no trabalho com crianças, adolescentes, pessoas de meia-idade ou idosos e aposentados (Palmer & Panchal, 2011).

Quanto à estrutura das sessões, tal como na TCC, também se espera que haja certa previsibilidade nas etapas que compõem os encontros de CCC. A estrutura geral de cada sessão pode ser descrita como: identificação da questão, estabelecimento de metas, aprendizagem de estratégias e competências cognitivas e comportamentais para o alcance da meta e estabelecimento, pelo cliente, de um plano de ação com a definição de tarefas a serem realizadas até o próximo encontro (Palmer & McDowall, 2010). Solicitação de resumo e *feedback* da sessão finalizam o encontro, e os seguintes iniciam-se com a revisão do desempenho e do plano de ação realizado.

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS UTILIZADAS PELA TCC E PELO CCC

Na TCC, o uso de instrumentos padronizados tem o objetivo de guiar os processos de diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados obtidos (Greenberger & Padesky, 1999). Destacam-se, nesse contexto, as escalas para a identificação de estados de humor e inventários que possibilitam a identificação de transtornos, distúrbios e problemas comportamentais advindos do processamento comprometido de informações (Oliveira, Noronha, Dantas, & Santarem, 2005).

No processo de *coaching*, a utilização de instrumentos de avaliação pode tornar mais claras dimensões não percebidas ou identificadas na conversação (Stober & Grant, 2000). Tais instrumentos devem estar alinhados à solução de questões

pertinentes ao encontro e precisam prover informações sobre características, forças e fraquezas do *coachee*. É possível coletar dados sobre o *coachee*, como: atributos, habilidades, desempenho pessoal e em pares, atitudes, valores, níveis de estresse, resiliência, cultura pessoal e organizacional, ideais, entre outros.

O “inventário de desconforto” (Grant & Greene, 2004) é uma técnica que pode ser utilizada como recurso para que o cliente avalie quais áreas de sua vida demandam mudanças. As áreas contempladas são trabalho, casa e família, carreira, vida emocional, saúde física, finanças, vida pessoal e vida social. Para cada área, o inventário fornece exemplos de itens para facilitar a identificação, por parte do cliente, dos aspectos específicos que deseja modificar. Dessa forma, ele poderá elaborar uma lista de itens desconfortáveis e indesejáveis presentes no seu dia a dia e, a partir desta, planejar suas metas de mudança.

Quando as ferramentas de mensuração e avaliação são utilizadas no início do processo, o objetivo deve ser coletar dados do contexto e do *coachee* para a formulação de hipóteses relevantes ao processo de mudança. Tais instrumentos também podem ser utilizados no decorrer das sessões com o objetivo de identificar possíveis impasses. Quando aplicadas na etapa final do processo, tais avaliações devem colaborar para a consolidação da mudança comportamental e para a avaliação do processo de *coaching* como um todo (Smewing & McDowall, 2010).

Em termos de técnicas, a principal estratégia utilizada para alcançar a reestruturação cognitiva na TCC é geralmente o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RDPD). Trata-se de um formulário que visa permitir ao paciente identificar, a partir de situações vividas, pensamentos automáticos e sentimentos associados e, por meio do registro de evidências, auxiliar a construção de pensamentos alternativos mais adaptativos. Além disso, por meio desse registro, são identificadas possíveis distorções cognitivas, esquemas e crenças desadaptativas, o que possibilita, por sua vez, mudanças mais duradouras (Greenberger & Padesky, 1999).

Outra forma de reestruturação cognitiva na TCC é o modelo ABCDE (Ellis & Dryden, 1987), em que A é o evento ativador (*activating event*), B é a crença (*belief*), C é a consequência emocional e comportamental (*consequence*), D é o debate/desafio de crenças por meio da ponderação de evidências (*dispute*) e E é o efeito da nova crença. No contexto do CCC, o sistema ganha um sexto componente: F, futuro (*future*) (Palmer, 2002). Nessa coluna, estabelece-se o plano de ação para o alcance do objetivo traçado.

Ainda no âmbito da reestruturação cognitiva, outra técnica que pode ser utilizada com flexibilidade tanto no *setting* de TCC como no de CCC é a estratégia FACES (Dias, Edgerton, & Palmer, 2010). Trata-se de uma adaptação à língua portuguesa do modelo *SPACE*, desenvolvido para uso em sessões de *coaching*, terapia e gestão do estresse (Edgerton & Palmer, 2005).

A técnica FACES é, na verdade, outra forma diagramática do registro de pensamentos. Nela, as diferentes faces de uma questão são identificadas, para que planos de ação possam ser traçados em cada esfera: F (fisiologia), A (ações), C (cognições), E (emoções) e S (situação). Como se pode observar, a estratégia engloba as diferentes interações envolvidas no processo psicológico, sendo muito útil tanto no processo terapêutico quanto no *coaching* para uma avaliação colaborativa e para a explicação do modelo cognitivo-comportamental com base nas próprias experiências do cliente. Vale ressaltar que, em alinhamento à ênfase dada pelo processo de *coaching* à mudança comportamental, à identificação e reestruturação de pensamentos no modelo FACES deve seguir-se o estabelecimento de planos de ação.

Em CCC, é muito comum a utilização da técnica “Eu/eu” (“*Big I/ Little I*”) (Lazarus, 1977) para trabalhar determinadas distorções cognitivas, como a rotulação, e promover autoaceitação (Palmer & Williams, 2012). Nessa estratégia, o cliente é orientado a desenhar um grande “EU” e, no interior dele, vários pequenos “eu” que corresponderão às diferentes características individuais. O objetivo da técnica é permitir ao cliente perceber que ele tem diversos traços, alguns mais funcionais que outros, e que, nesse sentido, não pode ser definido ou rotulado a partir de apenas uma característica isolada. Dessa forma, contribui para o autoconhecimento e aceitação do cliente na medida em que suas percepções são reavaliadas, permitindo a ele que veja a si mesmo e aos outros de forma mais abrangente e realista (Dias, 2014). Embora essa técnica seja frequentemente descrita na literatura de CCC, ela foi, na verdade, originalmente desenvolvida para o contexto terapêutico.

Já a estratégia POSITIVO (Dias, Gandos, Nardi, & Palmer, 2011) é uma adaptação do modelo *PRACTICE* desenvolvido por Palmer (2007, 2008) e também pode ser utilizada no CCC e na TCC. A técnica é composta por sete passos que buscam ajudar o cliente no processo de alcance de metas sob uma abordagem de resolução de problemas com foco na solução. A cada letra da palavra POSITIVO, um passo é especificado: Problema, Objetivos, Soluções possíveis, Identificação das consequências, Tomada de decisão, Implementação da solução mais Viável e Observação dos resultados e progressos.

Inicialmente, o modelo POSITIVO pode ser visto como uma estratégia cognitivo-comportamental de resolução de problemas semelhante à aplicada na TCC. No entanto, Palmer (2011) aponta para algumas formas de abordar o primeiro passo, “Problema”, que o difere do tradicional modelo utilizado no *setting* terapêutico.

Durante essa primeira etapa, o *coach* busca não colocar a atenção no problema do *coachee*, como geralmente é feito pelo terapeuta na TCC. Ao contrário, o foco é colocado em situações em que o problema *não* está presente, atentando o cliente para suas competências, pontos fortes, qualidades e

suas próprias habilidades de solucionar problemas. Perguntas como “O que passava pela sua cabeça naquele momento em que você se sentiu no seu melhor?” ou “Imagine que você pudesse acordar um dia sem o problema. O que você notaria de diferente?” (técnica da abordagem focada em solução conhecida como “pergunta do milagre”, de Shazer, 1988) ilustram de que forma é possível abordar o primeiro passo da estratégia POSITIVO nas sessões de CCC com foco em soluções (Palmer, 2011; ver adiante mais detalhes sobre o diálogo entre o CCC e a abordagem de foco em soluções).

Apesar das diferenças identificadas entre o CCC e a TCC, as semelhanças entre as duas práticas parecem maiores. Por exemplo, como aponta Palmer (Sardinha, 2012), tanto no CCC quanto na TCC é fundamental a conceitualização do caso para que hipóteses baseadas em evidência possam direcionar adequadamente a intervenção com cada cliente, ainda que, no *coaching*, a conceitualização ocorra de maneira mais breve e focada na situação-alvo.

Considerando, assim, as inúmeras semelhanças entre as duas práticas, o desafio do CCC seria transpor as bases já muito bem estabelecidas da TCC para um contexto não clínico, expressando fundamentos que soem construtivos e positivos para os clientes de *coaching*, e não como forma de corrigir ou reparar a disfuncionalidade (Grant, 2012). Contudo, é válido ressaltar que, mesmo sendo a TCC eficaz para o tratamento de transtornos mentais, ela também pode ser aplicada a indivíduos que buscam o processo terapêutico por outras questões e motivações. Nesses casos, ficaria a critério do cliente escolher o processo de desenvolvimento de autoconsciência e modificação comportamental via terapia ou *coaching*.

O CCC E O DIÁLOGO COM A ABORDAGEM FOCADA EM SOLUÇÕES

Assim como a TCC, o CCC também estabelece diálogos construtivos com outras abordagens. Um dos diálogos mais estudados e evidenciados refere-se ao que o CCC estabelece com o CFS, dando origem ao *coaching* cognitivo-comportamental focado em soluções (CCC-FS) (O’Connell, Palmer, & Williams, 2012). A partir dessa comunicação, o CCC acrescenta elementos essenciais dos modelos de *coaching* a sua prática, o que ajuda a clarificar a diferença entre ele e a TCC na medida em que leva para a sessão aspectos que, tradicionalmente, o processo terapêutico não abarca.

O CFS foi criado a partir do trabalho dos terapeutas de família do *Brief Therapy Center* em Milwaukee (EUA), liderados por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, e pressupõe que o cliente é capaz de resolver seus problemas a partir de uma análise mínima deles, encontrando suas próprias soluções para alcançar o futuro almejado.

Pode-se afirmar, portanto, que o cliente tem recursos e competências muitas vezes ainda desconhecidos por ele, mas que de alguma forma são colocadas em prática em diferentes momentos da vida. Nesse sentido, o CFS pretende ajudar o

cliente a tornar-se consciente de suas forças e habilidades para solucionar seus problemas e a colocá-las em prática para o alcance de seus objetivos (Palmer et al., 2007).

Na prática do CFS, é essencial que o *coach* ouça e reconheça as dificuldades que o cliente está enfrentando; não coloque o foco nas causas dos problemas do *coachee*, e sim na busca por soluções, mostrando curiosidade sobre como a pessoa está lidando com as situações; faça o cliente atentar para os momentos em que o problema não está acontecendo, ou seja, quando o cliente se sente em seu melhor; e dê *feedback* positivo sobre as habilidades e qualidades do cliente, incentivando-o a continuar fazendo o que funciona e a mudar o que não está funcionando (Palmer et al., 2007).

Nesse sentido, tornam-se claras algumas diferenças no que se refere ao processo da TCC e do CCC-FS. Na TCC, o terapeuta busca entender o funcionamento do indivíduo que desencadeia e mantém as situações-problema, avaliando seus pensamentos, emoções e comportamentos diante delas. Já no CCC-FS, as estratégias cognitivo-comportamentais são utilizadas para ressaltar as forças e habilidades do cliente, colocando o foco nas situações em que o problema não está presente e na busca de soluções que o levará a alcançar o futuro que deseja.

É válido ressaltar que não há dúvidas sobre a eficácia de ambas as práticas em seus respectivos contextos, e, nesse sentido, o que as torna mais ou menos indicadas para um determinado caso são as próprias demandas do indivíduo que as busca, sua complexidade e seu momento de vida.

A Tabela 1 ilustra algumas das principais semelhanças e diferenças entre a TCC e o CCC apresentadas ao longo deste artigo.

EXEMPLOS DE CASO: TCC x CCC

Para melhor ilustrar alguns dos conceitos discutidos ao longo do artigo, a seguir são apresentados dois exemplos de caso fictícios, de um paciente sob tratamento em TCC (Quadro 1) e de um *coachee* sob programa de CCC (Quadro 2).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), o caso anterior preenche os critérios diagnósticos estabelecidos para transtorno de ansiedade social (TAS), tendo em vista a ansiedade excessiva presente em diversas situações cotidianas que envolvam qualquer nível de interação social, além dos comportamentos de fuga e evitação destas e o significativo sofrimento e prejuízo que os sintomas trazem para a vida do paciente.

Como pode ser observado no trecho apresentado da sessão de TCC, o foco encontra-se em deflagrar os pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais desencadeados pela situação-problema, para que, assim, seja possível trabalhar a ansiedade durante o processo terapêutico. A técnica utilizada foi a seta descendente, a qual busca favorecer a evocação desses pensamentos automáticos disfuncionais e as emoções desencadeadas pelas situações

Tabela 1. Diferenças e semelhanças entre a TCC e o CCC.

	TCC	CCC
Público-alvo	Principalmente indivíduos que apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico	Indivíduos sem distúrbios emocionais graves
Objetivos	Tratar problemas, distúrbios e disfunções psicológicas; remissão de sintomas	Desenvolver competências e melhorar desempenho profissional e pessoal
Metodologia de trabalho	Psicoeducação, aquisição de habilidades cognitivas e comportamentais, flexibilização de crenças centrais desadaptativas	Estabelecimento de metas e planos de ação, mudança de pensamentos auto-limitantes, desenvolvimento de competências comportamentais
Estrutura das sessões	Verificação do humor, revisão da tarefa de casa, estabelecimento da agenda, desenvolvimento dos itens da agenda, estabelecimento da nova tarefa de casa, revisão e feedback da sessão	Breve verificação do humor, revisão do exercício externo, estabelecimento da agenda, desenvolvimento dos itens da agenda, estabelecimento do novo exercício externo, revisão e feedback da sessão
Benefícios	Desenvolvimento e bem-estar do indivíduo	Desenvolvimento e bem-estar do indivíduo
Contexto das intervenções	Consultórios, espaços hospitalares ou outras organizações afins, como unidades de saúde	Em geral, local de trabalho do <i>coachee</i> ou escritório do próprio <i>coach</i>
Foco das intervenções	Especificado de acordo com as queixas do paciente	Especificado de acordo com as metas do <i>coachee</i> e da organização (no caso do coaching executivo)
Principais habilidades do profissional	Ouvir, questionar crenças disfuncionais, dar feedback, utilizar ferramentas e métodos próprios da abordagem terapêutica para modificação de comportamentos disfuncionais, pensamentos automáticos negativos e crenças centrais desadaptativas	Ouvir, questionar crenças auto-limitantes e indutoras de stress, dar feedback, utilizar ferramentas e métodos para mudança de crenças e de comportamentos auto-limitantes, facilitar o estabelecimento de metas e de planos de ação
Relação profissional-cliente	Relação terapeuta-cliente muito importante, baseada em confiança, empatia e transparência	Relação <i>coach-coachee</i> muito importante, baseada em confiança, empatia e transparência
Comprometimento do cliente no processo de mudança	Fundamental para o sucesso terapêutico	Fundamental para o alcance de metas e melhora do desempenho

Quadro 1. Estudo de caso: TCC.

J., 23 anos, relata sentir-se extremamente ansioso em diversas situações nas quais precisa interagir com outras pessoas. Diz se considerar uma pessoa extremamente tímida, e sentir medo excessivo de ser humilhado e julgado pelas outras pessoas, evitando assim, qualquer tipo de situação que exija interação social, tais como: encontro com amigos, trabalhos em grupo, relacionamento afetivo, falar em público, entre outras. Quando exposto a situações como essas, relata sentir tremores, sudorese, taquicardia, o que o deixa ainda mais nervoso, por achar que as pessoas estão percebendo sua ansiedade. Tais sintomas tem causado prejuízos na vida de J., como o isolamento social e desempenho acadêmico insatisfatório.

Terapeuta: J., você conseguiria me dizer, pensando em alguma experiência de sua vida, o que passa pela sua cabeça quando você está em uma situação em que tenha que lidar com outras pessoas?

Cliente: Sim. Penso que eu vou falar tudo errado, que não vão gostar de mim ou que vão perceber que estou tremendo.

Terapeuta: E como você se sente nessas situações?

Cliente: Fico muito ansioso, suado demais, fico tremendo, e também me sinto triste, por não conseguir conversar com outras pessoas. Gostaria de ter mais amigos.

Terapeuta: Entendo. O que você faz diante de tais situações?

Cliente: Na maioria das vezes, eu evito ou dou um jeito de ir embora.

Terapeuta: Você poderia me dar algum exemplo de situações em que isso acontece?

Cliente: Sim. Uma vez a professora passou um trabalho em grupo em sala de aula. Fiquei muito nervoso em ter que sentar e conversar com outras pessoas. Fingi que passei mal e fui embora. A professora não me deixou fazer o trabalho outro dia, e eu fiquei com zero na avaliação.

Terapeuta: Nessa situação, você se lembra do que você tinha medo que pudesse acontecer? O que de pior você temia?

Cliente: Fiquei com medo de não conseguir ajudar em nada no trabalho, e de não conseguir falar com as pessoas.

Terapeuta: E o que o fato de você não ajudar e nem falar com as pessoas diria sobre você, nessa situação?

Cliente: Ah, as pessoas me achariam burro por não saber nada do trabalho e iriam me achar estranho também. Iriam rir de mim.

Terapeuta: E o que isso significaria para você?

Cliente: Que eu nunca consigo fazer nada direito e sempre passo vergonha.

Terapeuta: Por quê?

Cliente: Porque fico nervoso, não falo nada certo e não interajo com as pessoas.

Terapeuta: E o que isso diz sobre você? Ficar nervoso, não falar nada certo e não interagir com as pessoas?

Cliente: Que sou diferente das outras pessoas, sou fracassado, inferior aos outros.

temidas, objetivando chegar às crenças centrais do paciente (no caso, fracasso, incapacidade, inferioridade).

A crença central tem papel essencial na TCC. Por se tratar de ideias e conceitos que o indivíduo aprende a aceitar como verdadeiros ao longo da vida e que são construídos e reforçados desde a infância, eles tornam-se cada vez mais enraizados e cristalizados com o passar do tempo, sendo mais difíceis de serem acessados. As crenças irracionais, sob o ponto de vista da TCC, podem ser consideradas como a causa de sentimentos negativos e de padrões comportamentais rígidos e problemáticos, contribuindo para a geração e manutenção de um modo de funcionamento desadaptativo global e que, nesse sentido, pode ter como consequência o desenvolvimento de psicopatologias (Rangé & Borba, 2008). Dessa forma, tal como aponta Palmer (Sardinha, 2012), na TCC, é essencial dispender tempo significativo nos aspectos cognitivos.

No exemplo de CCC, o cliente não tem diagnóstico de qualquer transtorno psicológico, mas apresenta dificuldades em lidar com problemas específicos, como a colocação de sua opinião em grupo, o que limita determinadas esferas de sua vida e o impede de alcançar objetivos.

A técnica escolhida pelo *coach* foi o modelo POSITIVO (Dias et al., 2011). Após a identificação do problema, o *coachee* foi encorajado a pensar no máximo de alternativas possíveis

para lidar com sua ansiedade. A ideia é fazer um *brainstorm*. No passo seguinte, considerou vantagens e desvantagens para cada uma das soluções apresentadas e avaliou o quanto cada alternativa lhe parecia plausível, em que 0 seria a menos plausível e 10 a mais plausível. Após todas essas considerações, o *coachee* tomou sua decisão e o *coach* terminou o diálogo de forma encorajadora e colaborativa. Os passos seguintes seriam traçar um plano de ação detalhado para a aplicação do proposto na sessão e, em seguida, avaliar os efeitos dessa experiência.

Nesse plano de ação, deverão constar possíveis obstáculos ao alcance da meta e pensamentos e ações que promoverão sua superação. Um elemento importante que pode ser acrescentado ao diálogo é a análise de situações em que o *coachee*, com sucesso, conseguiu expor sua opinião ou iniciar relacionamentos. Questões como “Descreva aquela situação”, “O que você estava pensando no momento/na época?”, “Quais foram suas ações?” e “O que te impede de aplicar essas forças na situação atual?” podem ser ferramentas poderosas para impulsionar o cliente à mudança genuína, com base em suas próprias forças.

Apesar das diferenças, semelhanças entre as duas abordagens também são visíveis, como o fato de as sessões serem estruturadas. Logo no início do processo, tanto no de

Quadro 2. Estudo de caso: CCC.

R. tem 18 anos, cursa o último ano do ensino médio e diz ser muito tímido. Comenta ter muita dificuldade para expressar sua opinião em rodas de amigos ou salas de aula, pois acredita que sua opinião não vai ser levada em consideração. Ao perguntar como ele se sente e o que acontece quando ele tenta se expressar, comenta que tem muita dificuldade em iniciar uma conversa, principalmente com garotas, e acredita não ser atraente o suficiente.

Passo 1: Identificação da questão

Coach: Se você pudesse definir qual o problema que você gostaria de ver resolvido, como seria?

R.: Ser mais seguro. Parece que quando vou falar minha voz não sai; falo muito baixo, gaguejo e as pessoas não conseguem me ouvir. Fico muito ansioso e acabo preferindo ficar quieto.

Coach: Como você caracterizaria ser mais seguro? Como se comporta alguém mais seguro?

R.: Vejo como alguém que não gagueja, que fala com tom de voz moderado. Acho tão difícil, sou muito ansioso.

Coach: E se você encarasse o problema como se não há nada que você possa fazer sobre a ansiedade; como você poderia reformular o problema de forma a sugerir que a mudança é possível?

R.: Seria conseguir falar em voz alta sem gaguejar.

Passo 2: Definição da Meta

Coach: Então, em termos comportamentais, o que você gostaria de alcançar é falar um pouco mais alto e de forma contínua, natural (ou seja, sem gaguejar)?

R.: Sim.

Passo 3: Alternativas

- a. Fazer um curso de oratória;
- b. Curso de teatro;
- c. Treinar com amigos e parentes;
- d. Tomar cerveja;
- e. Desistir;
- f. Fazer piada que está nervoso porque a garota é muito bonita

Passo 4: Consideração sobre as consequências

- a. Seria interessante fazer um curso de oratória, mas não especificamente para chegar em uma garota. 4
- b. O curso de teatro seria mais interessante; eu conheceria pessoas e poderia ser mais espontâneo. 7
- c. Me sentiria envergonhado em confessar para algumas pessoas que não sei chegar em uma garota. 3
- d. Tomar uma cerveja é uma boa estratégia, mas não é uma alternativa saudável; estaria só fingindo algo que não sou. 5
- e. Se eu não tentar, nunca vou saber se conseguiria; me sentiria um covarde; 0
- f. Ser espontâneo e fazer uma piada com a situação pode dar certo e quebrar o gelo. 7

Passo 5. Tomada de decisão - R. escolheu primeiramente a alternativa 'f'; para o longo prazo, partiria para a alternativa 'b' e faria um curso de teatro.

Coach: O que acontece quando você diz a si mesmo que não irá gaguejar e irá falar alto?

R.: Fico preocupado sobre não conseguir me controlar na hora 'H' e fico mais nervoso ainda.

Coach: Então, para que a sua ansiedade diminua, do que você precisa desistir?

R.: Preciso parar de exigir que não devo ficar ansioso. Preciso deixar isso acontecer e não ficar mal com isso.

Coach: Muito bom. O que acontece quando você tenta esconder os sinais da ansiedade?

R.: Eu me sinto estranho e mais nervoso. Eu sou tímido e preciso aprender a lidar com isso. Mas o que acontece se as garotas me rejeitarem porque eu sou tímido? Como faço para controlar isso?

Coach: Bem, o que você pode controlar e o que você não pode controlar?

R.: Eu não posso controlar a garotas e o que elas podem pensar de mim, mas eu posso controlar ou escolher como reagir a elas e como eu penso sobre mim mesmo.

Coach: Sim, este me parece ser um ótimo caminho.

CCC quanto no de TCC, os problemas são identificados e as metas são traçadas. Tal como aponta Palmer (Sardinha, 2012), no que se refere ao processo de CCC, sempre haverá intervenções comportamentais, mas não necessariamente

intervenções cognitivas. Quando a questão se restringe a uma limitação no repertório comportamental que possa ser resolvida com estratégias focadas em solução, não há necessidade de buscar crenças subjacentes. Além disso, como não há a

presença de psicopatologia, é possível que o cliente facilmente desafie pensamentos que não colaborem para seus objetivos apenas por meio do diálogo com o *coach*, tal como relatado na sessão de CCC descrita. Já na TCC, como os pacientes apresentam psicopatologia, o pensamento geralmente é rígido, e as crenças disfuncionais, cristalizadas, sendo necessário dispende mais tempo nos aspectos cognitivos. Como é possível observar no caso apresentado de intervenção em TCC, as crenças disfuncionais do paciente geram não só limitação comportamental, mas também grande prejuízo e sofrimento psicológico em diversas áreas de sua vida (Sardinha, 2012).

Portanto, o foco das sessões de CCC e de TCC é diferente. Na TCC, o terapeuta se concentra em trabalhar a ansiedade provocando pensamentos e emoções, tal como pode ser observado com a técnica da seta descendente. Já na prática de CCC, o *coach* auxilia o *coachee* a estabelecer um plano de ação, ajudando-o a manter-se motivado para a mudança, o que traria como consequência a redução da ansiedade.

É válido ressaltar também que, tanto na TCC quanto no CCC, o conhecimento do terapeuta ou do *coach* é compartilhado com o cliente (Sardinha, 2012). Além disso, o estilo de trabalho de ambos é colaborativo e participativo na medida em que profissional e cliente são ativos nas sessões e buscam trabalhar como equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo apresentar e discutir algumas das principais semelhanças e diferenças entre o CCC e a TCC, considerando elementos como a população-alvo, a estrutura e o objetivo das sessões, bem como algumas das técnicas utilizadas em cada intervenção. Pretende-se, com esta discussão, contribuir para o fortalecimento da prática profissional fundamentada sobre a abordagem cognitivo-comportamental para além do contexto clínico no Brasil. Assim, indivíduos que não preenchem critérios diagnósticos e não apresentam, portanto, necessidade de intervenção terapêutica, podem se beneficiar do CCC para alcançar determinados objetivos de vida ou para simplesmente buscar uma vivência mais plena e dotada de significado.

A interface do CCC com a TCC tem sido pouco investigada no Brasil. No entanto, a diferenciação entre essas duas práticas revela-se de grande importância, principalmente devido à necessidade de o profissional atentar-se para a especificidade de cada público-alvo e poder oferecer-lhe as estruturas e os modelos de trabalho mais apropriados. Nesse sentido, é essencial que o *coach* e o terapeuta cognitivo-comportamental realizem uma avaliação cuidadosa do cliente antes de iniciar qualquer dos respectivos processos. Como um todo, espera-se que a TCC continue a contribuir de forma significativa para a redução do sofrimento psicológico que acompanha os transtornos neuropsiquiátricos e que o CCC, ainda em sua infância no Brasil, possa contribuir cada vez mais para o crescimento pessoal e o desenvolvimento humano em indivíduos e organizações.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Araújo, C. F., & Shinohara, H. (2002). Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, 6(1), 37-43.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Caballo, V. E. (1998). *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon.
- Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1998). *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artmed.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- Dias, G. *Coaching cognitivo-comportamental*. (2014). In E.A. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (Orgs.). *Transtorno de ansiedade social: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Dias, G. P., Edgerton, N., & Palmer, S. (2010). From SPACE to FACES: The adaptation of the SPACE model of cognitive behavioural coaching and therapy to the Portuguese language. *Coaching Psychology International*, 3(1), 12-15.
- Dias, G. P., Gandos, L., Nardi, A. E., & Palmer, S. (2011). Towards the practice of coaching and coaching psychology in Brazil: the adaptation of the PRACTICE model to the Portuguese language. *Coaching Psychology International*, 4(1), 10-14.
- Edgerton, N., & Palmer, S. (2005). SPACE: A psychological model for use within cognitive behavioural coaching, therapy and stress management. *The Coaching Psychologist*, 1(2), 25-31.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy*. New York: Springer Publishing Company. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006205-198707000-00003>
- Falcone, E. (2001). *Psicoterapia Cognitiva*. In B. Rangé (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
- Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 31(3), 253-263. DOI: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.253>
- Grant, A. M. (2006). A personal perspective on professional coaching and the development of coaching psychology. *International Coaching Psychology Review*, 1(1), 12-22.
- Grant, A. M. (2010). Reflexões sobre a psicologia do coaching. In A. Lages & J. O'Connor (Eds.). *Como o coaching funciona: O guia essencial para a história e prática do coaching eficaz*. Rio de Janeiro: Qualitymar.

- Grant, A. M. (2012). Foreword. In M. Neenan & S. Palmer (Eds.). *Cognitive behavioural coaching in practice: An evidence based approach*. Hove: Routledge.
- Grant, A., & Greene, J. (2004). *It's your life, what are you going to do with it?: Make real changes in your life*. Harlow: Macdonald & Evans.
- Green, L. S., Oades, L. G., & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 142-149. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760600619849>
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Jones, R. N. (2006). Coaching mind skills. *The Coaching Psychologist*, 2(2), 5-7.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L., & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 191-195. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000400005>
- Kuile, M. M., Both, S., & Lankveld, J. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595-610. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010>
- Lazarus, A. A. (1977). Toward an egoless state of being. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.). *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 114-116). New York: McGraw Hill.
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N., & Lejuez, C. W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657-685. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.007>
- Moran, J. N., Masetto, M. T., & Behrens, M. A. (2009). *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. São Paulo: Papirus.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- O'Connell, B., Palmer, S., & Williams, H. (2012). *Solution focused coaching in practice*. Hove: Routledge.
- Oliveira, K. L., Noronha, A. P. P., Dantas, M. A., & Santarem, E. M. (2005). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 127-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000100015>
- Palmer, S. (2002). Cognitive and organizational models of stress that are suitable for use within workplace stress management/prevention coaching, training and counselling settings. *The Rational Emotive Behaviour Therapist*, 10(1), 15-21.
- Palmer, S. (2007). PRACTICE: A model suitable for coaching, counselling, psychotherapy and stress management. *The Coaching Psychologist*, 3(2), 71-77.
- Palmer, S. (2008). The PRACTICE model of coaching: Towards a solution-focused approach. *Coaching Psychology International*, 1(1), 4-8.
- Palmer, S. (2011). Revisiting the P in the PRACTICE coaching model. *The Coaching Psychologist*, 7(2), 156-158.
- Palmer, S., & Cavanagh, M. (2006). Coaching psychology: Its time has finally come. *International Coaching Psychology Review*, 1(1), 1-3.
- Palmer, S., Grant, A., & O'Connell, B. (2007). *Solution-focused Coaching: Lost and found*. *Coaching at Work*, 2(4), 22-29.
- Palmer, S., & McDowall, A. (2010). *The coaching relationship: Putting people first*. Hove: Routledge.
- Palmer, S., & Panchal, S. (2011). *Developmental coaching: Life Transitions and Generational Perspectives*. Hove: Routledge.
- Palmer, S., & Szymanska, K. (2007). Cognitive behavioural coaching: An integrative approach. In S. Palmer & A. Whybrow (Eds.). *Handbook of coaching psychology: A guide for practitioners*. Hove: Routledge.
- Palmer, S., & Williams, H. (2012). *Struggles with self-esteem: Teaching self-acceptance*. In M. Neenan & S. Palmer (Eds.). *Cognitive-behavioural coaching in practice: An evidence based approach*. London: Routledge.
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B., & Borba, A. (2008). *Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Sardinha, A. (2012). Entrevista com Dr. Stephen Palmer: O desenvolvimento do coaching cognitivo comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 126-130.
- Smewing, C., & McDowall, A. (2010). *Assessment in coaching*. In S. Palmer, & A. McDowall (Eds.). *The coaching relationship: Putting people first*. London: Routledge.
- Stober, D. R., & Grant, A. M. E. (2000). *Evidence based coaching handbook: Putting best practices to work for your clients*. New Jersey: Wiley
- Whitmore, J. (2009). *Coaching for performance*. London: Nicholas Brealey.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed.