

Mariana Fortunata Donadon¹
Édela Aparecida Nicoletti¹
Carlos Eduardo Portela¹
Ana Rosa Silveira Cavalcante¹
Carolina Farias da Silva Bernardo¹
Marcela Vieira Lima¹
Brisa Burgos Dias Macedo¹
Natassia Virgínia Nicoletti¹
Sabrina Kerr Bullamah Correia¹
Christine A. Padesky¹

Adaptação transcultural da Collaborative Case Conceptualization Rating Scale para o contexto brasileiro

Cross-cultural adaptation of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale for the Brazilian Context

RESUMO

Introdução: A Escala de Avaliação de Conceituação de Caso Colaborativa consiste em um instrumento originalmente desenvolvido em inglês, por Padesky et al. (2011), com o objetivo de avaliar se o terapeuta cognitivo-comportamental está preenchendo e utilizando a ferramenta de conceituação em todos os seus níveis. **Objetivos:** Apresentar o processo de adaptação transcultural da Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS) para o contexto brasileiro. **Métodos:** A adaptação transcultural envolveu diversas etapas, incluindo tradução independente do instrumento por especialistas na área da terapia cognitivo-comportamental (TCC), elaboração de uma versão de síntese da escala, processo de retrotradução para o idioma original do instrumento e, por fim, a elaboração da versão final da escala. A análise da validade de conteúdo foi realizada por um comitê de especialistas com ênfase em TCC e foi composta tanto por uma avaliação qualitativa quanto por uma avaliação quantitativa por meio do cálculo do coeficiente de validação do conteúdo. **Resultados:** Foram realizados todos os passos para a adaptação transcultural da escala, obtendo-se valores de coeficiente de validação de conteúdo satisfatórios ($\geq 0,75$), bem como feitos todos os ajustes sugeridos pelos especialistas que participaram das etapas anteriores. **Discussão:** A versão brasileira da CCC-RS mostrou-se adequada para ser aplicada no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, escalas psicométricas, conceituação de casos, adaptação transcultural.

ABSTRACT

Introduction: A collaborative case conceptualization assessment scale consists of a recently developed questionnaire in the English language by Padesky et al. with the aim of evaluating whether the cognitive behavioral therapist is completing and using the conceptualization tool at all levels. **Objectives:** To present the cross-cultural adaptation process of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale for the Brazilian context. **Methods:** The cross-cultural adaptation involved several steps: independent translation of the instrument by experts in the field of cognitive behavioral therapy, preparation of a synthesis version of the scale, back-translation process into the original language of the scale and finally the elaboration of the final version of the scale. The content validity analysis was carried out by a committee of experts with an emphasis on cognitive-behavioral therapy and was composed of both a qualitative and quantitative assessment through the calculation of the content validation coefficient. **Results:** All steps for the cross-cultural adaptation of the scale were carried out, we obtained the dominant CVC coefficient values (≥ 0.75) and all adjustments suggested by the experts who participated in the previous steps were made. **Discussion:** The Brazilian version of the CCC-RS proved to be suitable for application in the Brazilian context.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Psychometric Scales, Case Conceptualization, Transcultural Adaptation.

¹ Founding Fellow, Academy of Cognitive and Behavioral Therapies | Honorary Fellow, British Association of Behavioural & Cognitive Psychotherapies - Huntington Beach – California - EUA.

Correspondência:

Mariana Fortunata Donadon.
E-mail: marianadonadon@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCT em 11 de Maio de 2023. cod. 386.

Artigo aceito em 15 de Setembro de 2023.

DOI: 10.5935/1808-5687.20230022

1. INTRODUÇÃO

A Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS) foi desenvolvida por Padesky et al. (2011) com o propósito de fornecer uma ferramenta abrangente para o trabalho do terapeuta cognitivo-comportamental. O instrumento permite a avaliação de diferentes domínios da formulação de casos, sendo composto por 14 itens pontuados em uma escala Likert de 4 pontos, variando de 0 a 3. A proposta dos autores é avaliar o quanto as formulações de casos são efetivas em prever o que o terapeuta como condutor do caso. Sabemos que a formulação de casos colaborativa, quando criada de forma dinâmica e adaptável, suporta novas informações ao longo do tempo, à medida que integra as experiências do paciente com a teoria e a prática, apresenta o empirismo colaborativo e identifica os pontos fortes, a resiliência e os obstáculos do paciente.

A utilização desse tipo de instrumento pelo terapeuta cognitivo-comportamental é de suma importância, visto que ele constantemente precisa avaliar e reavaliar a sistematização metodológica de sua prática (Beshai et al., 2019). Segundo Shaw et al. (1999), a competência em formular o caso é fundamental para o sucesso da terapia com o paciente. Além disso, estudos mostram uma relação importante entre o desenvolvimento da conceitualização de caso e maior qualidade dos resultados da psicoterapia, mas isso não é uma tarefa fácil, e uma das maneiras de tornar esse processo menos complexo é envolver colaborativamente o paciente em seu processo de construção e/ou reformulação (Padesky, 2020).

O estudo de Kuyken et al. (2016) avaliou as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento em inglês, apontando para uma excelente consistência interna ($\alpha = 0,94$) e demonstrando uma medida confiável do fenômeno a ser medido. Não há, até onde sabemos, instrumentos disponíveis para avaliação da conceitualização de caso colaborativa no contexto brasileiro, justificando sua importância como ferramenta adaptada para essa cultura. Segundo Padesky (2020), o uso da conceitualização cognitiva compartilhada pode aumentar a compreensão do paciente e, conseqüentemente, proporcionar maior adesão em psicoterapia. Um resultado bastante interessante do estudo de Easden et al. (2020) mostrou que quanto maiores as competências do terapeuta no uso da conceitualização de caso colaborativa, maiores foram as reduções dos sintomas depressivos.

Considerando a ausência de instrumentos disponíveis para a avaliação desse fenômeno, a importância central que a utilização dessa ferramenta assume para o contexto de tratamento clínico do paciente, bem como as inúmeras dificuldades encontradas pelo terapeuta iniciante ou clínico em formação, faz-se essencial uma escala traduzida para o contexto brasileiro que leve em consideração um parâmetro sistemático com validade e confiabilidade. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural da CCC-RS para o contexto brasileiro e avaliar sua validade de conteúdo.

2. MÉTODO

O estudo contou com a aprovação dos autores originais da escala (Padesky et al., 2011), que são os detentores dos direitos autorais do instrumento. A análise da validade de conteúdo foi realizada por um comitê multidisciplinar de especialistas e consistiu em uma avaliação qualitativa, descrita a seguir.

Para a tradução e adaptação da CCC-RS para o português do Brasil, seguiu-se o procedimento proposto por Beaton et al. (2000). Segundo os autores, é necessário haver uma tradução inicial do instrumento para o idioma de interesse e, na sequência, deve-se desenvolver uma versão síntese das traduções dos instrumentos. Após, é necessário realizar a retrotradução do instrumento, ou seja, traduzi-lo novamente para o idioma original da escala, devendo ser enviado aos autores para aprovação. Uma vez finalizada essa etapa, passa-se à revisão do instrumento por um comitê de especialistas na área para aprovação do conteúdo estabelecido. Por fim, é necessário a aplicação de pré-teste, ou seja, convidar um número de especialistas na área para realização da aplicação final do instrumento.

Seguindo todas as etapas descritas, para a fase de tradução da CCC-RS, contou-se com o auxílio de três profissionais bilíngues especialistas em psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC), com extensa prática clínica, também experientes na área de psicométrica e avaliação psicológica, os quais conduziram a tradução do instrumento do inglês para o português do Brasil de forma independente. Posteriormente, foi elaborada uma versão síntese das três traduções (VS1) para resolver discrepâncias e selecionar os termos considerados mais adequados ao contexto brasileiro pelos três tradutores, que atuaram como juizes. A VS1 foi retrotraduzida por uma psicóloga brasileira bilíngue com experiência e especialização em TCC. A versão retrotraduzida foi submetida e aprovada pelos autores originais da escala (Padesky et al., 2011).

A validade de conteúdo foi conduzida por um comitê de especialistas composto por cinco psicólogas clínicas, especialistas em TCC. É de suma importância destacar que foram considerados pelas especialistas em cada uma das análises, segundo descrito por Beaton et al. (2000), a equivalência conceitual (capacidade para representar os conceitos onde o instrumento será utilizado, tendo em vista que uma palavra pode ter significados diferentes entre culturas), a equivalência semântica (as palavras apresentam o mesmo significado tanto na versão original quanto na traduzida), a equivalência idiomática (as expressões idiomáticas apresentam o mesmo sentido tanto na versão original quanto na traduzida) e a equivalência cultural (os termos são coerentes/compatíveis com o contexto cultural no qual o instrumento será utilizado, neste caso, o Brasil). Todas as análises foram realizadas de forma independente pelas especialistas convidadas, bem como foram arquivadas e documentadas em formulário próprio de avaliação desenvolvido especialmente para este estudo.

As especialistas convidadas para o estudo foram instruídas a classificar cada item de acordo com a seguinte escala: 1 = “item não equivalente”; 2 = “item muito pouco equivalente”; 3 = “item um pouco equivalente”; 4 = “item razoavelmente equivalente”; e 5 = “item muito equivalente”.

A análise da validade de conteúdo também foi realizada de maneira quantitativa, por meio do cálculo do coeficiente de validação do conteúdo (CVC) (Cassepp-Borges et al., 2010), avaliando cada item separadamente e o instrumento como um todo. Como parâmetro de nota de corte adotou-se o que postulam os estudos de Morales et al. (2012), que apontam uma nota de corte > 0,70 como sendo satisfatória. Em suma, os juízes examinaram as considerações, acatando as sugestões pertinentes e elaborando a versão final do instrumento, a qual novamente foi enviada e aprovada pelos autores originais (Padesky et al., 2011).

A Figura 1 ilustra os passos realizados para a adaptação transcultural da CCC-RS.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a média de pontuação para cada uma das equivalências avaliadas, além do valor do cálculo do CVC relativo a cada item da CCC-RS, bem como a média total para todos os itens do instrumento.

De acordo com a Tabela 1, pode-se perceber que todas as estruturas avaliadas apresentaram CVC satisfatório (\geq a 0,75), independentemente do tipo de equivalência. Observa-se também que o CVC total do instrumento para as diferentes equivalências (semântica, idiomática, cultural e conceitual) foi superior a 0,83, o que aponta uma média satisfatória para todos os itens da escala.

Em relação às sugestões feitas pelos especialistas, de maneira geral, foram de pequeno porte, sugerindo a troca de alguns termos (p. ex., cliente por paciente, o que não foi modificado, pois na escala original utilizou-se o termo “*client*”, assim, foi preferível manter o termo segundo o instrumento original).

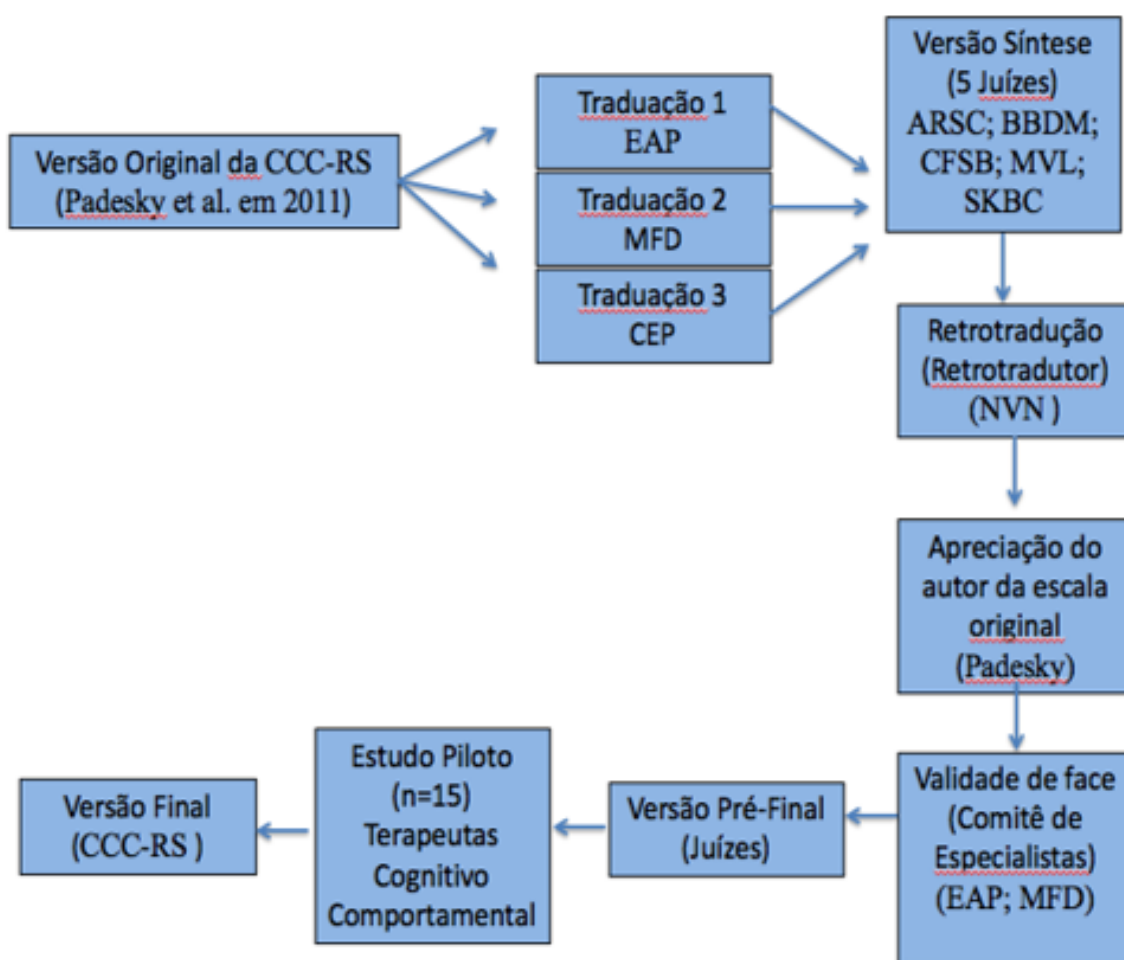


Figura 1. Passo a passo realizado para a adaptação transcultural da CCC-RS.

Tabela 1. Média e desvio padrão das respostas dadas pelos especialistas para a versão brasileira da CCC-RS.

Equivalência	Semântica			Idiomática			Cultural			Conceitual		
	\bar{X}	DP	CVC	\bar{X}	DP	CVC	\bar{X}	DP	CVC	\bar{X}	DP	CVC
Título	4,80	0,44	0,95	4,80	0,44	0,95	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Instruções	4,20	1,30	0,83	4,00	1,22	0,79	4,20	1,78	0,83	5,00	0,00	0,99
Item 1	4,20	0,44	0,83	3,80	0,16	0,75	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 2	4,20	0,44	0,83	4,20	0,83	0,83	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 3	4,20	1,30	0,83	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 4	4,40	1,34	0,87	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 5	4,17	0,14	0,83	4,20	1,09	0,83	4,20	1,09	0,83	5,00	0,00	0,99
Item 6	4,20	1,30	0,83	4,03	0,13	0,80	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 7	4,00	1,34	0,79	4,00	1,14	0,79	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 8	4,20	0,83	0,83	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 9	4,20	0,83	0,83	5,00	0,00	0,99	4,80	0,44	0,95	5,00	0,00	0,99
Item 10	4,40	0,89	0,87	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 11	4,60	0,54	0,91	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 12	4,60	0,54	0,91	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 13	4,00	1,41	0,75	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Item 14	3,80	1,30	0,75	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99	5,00	0,00	0,99
Total	4,20	0,78	0,83	4,30	0,46	0,85	4,52	0,16	0,90	4,63	0,00	0,92

X = Média; DP = Desvio padrão; CVC = Coeficiente de validade de conteúdo.

No item 1, destacou-se que a expressão “tenuamente” é pouco usual tanto na língua portuguesa quanto no jargão da psicologia no Brasil, sendo sugerida a substituição para a palavra “tênuo”. Porém, de acordo com o comitê de especialistas, optou-se pela manutenção da palavra de acordo com a tradução original, “tenuamente”.

No item 3, foi sugerida e acatada a troca do termo “*well matched*”, que na primeira tradução ficou como “bem combinada”, para “bem ajustada”, a fim de propiciar uma compreensão mais clara na perspectiva cultural. No item 7, foi sugerida a troca da expressão “através dos olhos do cliente” para a expressão “através da ótica do cliente”, o que não foi modificado, pois ambas são relativas à perspectiva do cliente e têm o mesmo sentido. Ainda no item 7, o termo “detalhado” foi substituído pelo termo “detalhamento”, a fim de tornar a frase gramaticalmente correta. No item 9, corrigiu-se o termo “individualizado” para “individualizada”, uma vez que se refere ao substantivo feminino “conceituação”.

Após esses ajustes, a nova versão foi mais uma vez enviada aos autores originais, a qual foi reconhecida como a versão oficial do instrumento para o português do Brasil. A versão brasileira do instrumento foi denominada Escala de Avaliação de Conceituação de Caso Colaborativa e encontra-se na íntegra no Material Suplementar.

4. DISCUSSÃO

A adaptação transcultural de instrumentos psicológicos é um processo importante para garantir que as medições realizadas sejam válidas e confiáveis em diferentes contextos culturais e linguísticos. Os objetivos deste trabalho foram realizar a tradução e a adaptação transcultural da CCC-RS, desenvolvida por Padesky et al. (2011), no Brasil chamada de Escala de Avaliação de Conceituação de Caso Colaborativa, e investigar suas evidências de validade de conteúdo. Por meio da análise do CVC, buscou-se avaliar os itens quanto a sua clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, trazendo uma evidência quantitativa da validade de conteúdo.

A avaliação da formulação de casos pode ajudar o terapeuta a identificar as lacunas na compreensão do paciente, ajustar as intervenções, monitorar a evolução do tratamento e promover a adesão do paciente ao processo terapêutico. Além disso, também pode ajudar a identificar a capacidade do terapeuta de integrar as informações fornecidas pelo paciente com a teoria e a prática, bem como se comunicar de forma clara e eficaz com o paciente.

A CCC-RS pode ser útil para a avaliação da formulação de casos colaborativa, pois permite avaliar diferentes domínios da formulação, como a clareza da linguagem, a pertinência

prática e a relevância teórica dos itens. A escala é composta por 14 itens que são avaliados em uma escala Likert de 4 pontos, variando de 0 a 3. Com isso, o instrumento pode fornecer informações objetivas e quantificáveis sobre a qualidade da formulação de casos colaborativa.

Até o presente momento, a adaptação transcultural da CCC-RS não havia sido realizada no Brasil, lacuna que foi preenchida com o presente estudo. Desse modo, sabendo que a adaptação transcultural é um processo fundamental para garantir que instrumentos de avaliação possam ser utilizados de forma adequada em diferentes culturas e idiomas, foram seguidas, neste estudo, todas as etapas do método proposto por Beaton et al. (2000). Contar com uma equipe de especialistas em psicoterapia cognitivo-comportamental com extensa prática clínica, assim como com tradutores e avaliadores especialistas nos idiomas envolvidos (inglês e português), potencializou as chances de localizar as palavras mais adequadas ao contexto cultural brasileiro sem ocasionar perda de sentido da escala em inglês. Segundo Tanzer et al. (2005), os especialistas que contribuem com as etapas de adaptação transcultural do instrumento são fundamentais, pois eles garantem que o sentido proposto pela avaliação da escala original continue mantido na escala traduzida e ela avalie com precisão aquilo que se propôs medir. A inclusão das sugestões propostas pelas especialistas pôde garantir que a versão final da Escala de Avaliação de Conceitualização de Caso Colaborativa mantenha o seu sentido original e avalie com precisão o que se propõe a medir. Portanto, a adaptação transcultural é uma etapa essencial na validação de um instrumento de avaliação em diferentes contextos culturais.

A análise da validade de conteúdo foi realizada por um comitê de especialistas com ênfase em TCC e foi composta tanto por uma avaliação qualitativa quanto por uma avaliação quantitativa dos itens por meio do cálculo do CVC. Esse cuidado permitiu minimizar possíveis vieses subjetivos dos itens, aumentando a objetividade e a precisão da média (Almeida-Brasil et al., 2016; Silveira et al., 2018).

Em resumo, o resultado deste estudo foi a adaptação transcultural da CCC-RS para o contexto brasileiro, com evidências de validade de conteúdo. Dessa forma, o instrumento pode ser utilizado de forma adequada nos contextos clínico e de pesquisa no Brasil, representando uma contribuição valiosa para o trabalho dos psicólogos que utilizam a abordagem da TCC.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Brasil, C. C., Nascimento, E. do, Costa, J. de O., Silveira, M. R., Bonolo, P. de F., & Ceccato, M. D. G. B. (2016). Desenvolvimento e validação do conteúdo da escala de percepções de dificuldades com o tratamento antirretroviral. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26(5), S56-S64.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beshai, S. H. A. D. I., Kuyken, W. I. L. E. M., & Kidney, R. (2019). Collaborative case conceptualization. In S. Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action: Bridging clinical science and intervention* (pp. 201-215). Guilford.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Artmed.
- Easden, M. H., & Fletcher, R. B. (2020). Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychotherapy Research*, 30(2), 151-169.
- Kuyken, W., Beshai, S., Dudley, R., Abel, A., Görg, N., Gower, P., ... Padesky, C. A. (2016). Assessing competence in collaborative case conceptualization: Development and preliminary psychometric properties of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 179-192.
- Morales, J., Greco, P., & Andrade, R. (2012). Validade de conteúdo do instrumento para avaliação do conhecimento tático processual no basquetebol. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 31-36.
- Padesky, C. A. (2020). Collaborative case conceptualization: Client knows best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 392-404.
- Padesky, C. A., Kuyken, W., & Dudley, R. (2011). *Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS)* [Database record]. APA PsycTests.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., ... Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 837-846.
- Silveira, M. B., Saldanha, R. P., Leite, J. C. D. C., Silva, T. O. F. D., Silva, T., & Filippin, L. I. (2018). Construction and validation of content of one instrument to assess falls in the elderly. *Einstein*, 16(2), 1-8.
- Tanzer, N. K., Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). Developing tests for use in multiple languages and cultures: A plea for simultaneous development. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 235). Psychology.

LEITURA RECOMENDADA

Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. BookSurge. Material suplementar

MATERIAL SUPLEMENTAR

Escala de Avaliação de Conceituação de Caso Colaborativa

Classifique cada item abaixo em uma escala de 0 a 3. Os critérios para classificação são fornecidos.

Use a classificação mais próxima ao desempenho do terapeuta.

NÍVEL DE CONCEITUAÇÃO (consulte as diretrizes, pp. 4-5)

1. _____ A conceituação está ligada às questões apresentadas pelo cliente bem como às prioridades e objetivos para a terapia no contexto da agenda da sessão.

0 = A atividade de conceituação está completamente ausente ou parece separada dos objetivos acordados da terapia, da agenda de terapia do dia e/ou do plano terapêutico.

1 = A conceituação está tenuamente ligada às questões, prioridades e objetivos que o cliente apresenta, para a terapia e da agenda de terapia do dia, ou deve ser inferida a partir do comportamento do terapeuta.

2 = Existe uma ligação suficientemente boa e explícita entre a conceituação, as questões apresentadas pelo cliente, prioridades e objetivos para a terapia e agenda de terapia do dia.

3 = Há uma perfeita integração entre os objetivos acordados da terapia, a agenda terapêutica do dia, os objetivos terapêuticos e a conceituação. A conceituação é uma parte fundamental do movimento do cliente em direção aos seus objetivos para a terapia e/ou para uma determinada sessão, conforme evidenciado pelos *links* traçados pelo cliente e/ou terapeuta.

DICA: Para receber uma classificação maior que zero, a conceituação deve ser explicitamente compartilhada com o cliente. O envolvimento e a reação do cliente à atividade de conceituação da sessão fornecem pistas sobre o quão bem ela está ligada às prioridades/objetivos do cliente. Apenas atribua uma pontuação mais alta se a conceituação for eficaz. A aceitação do cliente e a vontade de usar a conceituação podem fazer parte disso. A sensação de que a atividade de conceituação move a sessão através dos itens da agenda e em direção aos objetivos do cliente é outro indicador (por exemplo, terapeuta: *Você está disposto a testar esta regra, "se eu disser olá para outros pais nos portões da escola, eles vão me ignorar"*; Cliente: *Eu posso ver que faz sentido para mim pelo menos tentar conhecer os outros pais, mesmo que seja assustador*).

2. _____ O terapeuta fornece uma explicação e justificativa claras para os elementos incluídos na conceituação.

0 = O terapeuta não fornece nenhuma justificativa ou uma informação incorreta ou incompreensível para os elementos da conceituação. A atividade de conceituação do terapeuta carece de uma fundamentação terapêutica clara/completa ou, se ele/ela tem uma fundamentação terapêutica, não há evidências de que o cliente entenda ou concorde com esta fundamentação.

1 = O terapeuta fornece alguns fundamentos para os elementos incluídos na conceituação, mas isto pode estar incompleto e incorreto em aspectos importantes ou apresentado de uma forma que é difícil para o cliente compreender. No entanto, há alguma evidência de competência de nível iniciante ou novato em fornecer uma justificativa para o processo de conceituação geral e uma explicação dos elementos dentro dele.

2 = O terapeuta fornece uma fundamentação clara para os elementos da conceituação (por exemplo: *Portanto, nesta situação perturbadora, vamos ver se podemos separar seus sentimentos de seus pensamentos e imagens e ver como eles podem estar conectados*). É possível observar ou inferir claramente a lógica terapêutica do terapeuta para a atividade de conceituação (por exemplo: *Aprender a perceber e responder a imagens perturbadoras pode ajudá-lo a compreender suas reações e lidar com elas*). O cliente parece compreender a lógica ou, se estiver confuso, o terapeuta trabalha para garantir a compreensão do cliente.

3 = O terapeuta fornece razões claras para os elementos incluídos na conceituação e usa a linguagem do cliente, metáforas, imagens e/ou outros veículos para ajudar na compreensão e no engajamento do cliente. Há evidências de que o cliente está totalmente envolvido e comprometido com a atividade de conceituação (na medida do possível, dada a apresentação das questões do cliente). O terapeuta verifica a compreensão do cliente sobre o fundamento lógico, seja diretamente (por exemplo, pedindo ao cliente que faça um resumo) ou indiretamente (por exemplo, pedindo ao cliente que faça inferências ou previsões a partir do modelo).

Alternativamente, o terapeuta é capaz de extrair um claro raciocínio/compreensão do cliente em relação a pensamentos, emoções, comportamentos, crenças subjacentes e estratégias de enfrentamento pertinentes e específicos, relacionados à sua conceituação.

DICA: O comportamento do terapeuta deve ser observável (não inferido). Observe as reações do cliente para ver se o que o terapeuta diz é compreendido. Se assim for, é mais provável que o cliente pareça interessado do que perdido.

3. _____ Relato coerente, significativo e relevante da apresentação dos problemas usando um nível de conceituação que parece bem compatível com a capacidade do cliente de compreender, do estágio da terapia e do problema sendo conceituado. O terapeuta utiliza modelos cognitivo-comportamentais ou abordagens adequadas ao estágio da terapia e ao problema conceituado. Crenças, emoções, comportamentos e/ou respostas fisiológicas estão ligados, incorporados em situações específicas e “bem ajustadas”.

0 = Terapeuta: (i) perde todas as oportunidades de conceituação, ou (ii) a conceituação não se ajusta ao que o cliente está dizendo, (iii) está tão mal ligada às preocupações do cliente que é sem sentido, incoerente e/ou inútil para a terapia, ou (iv) a conceituação é assumida ou deixada implícita. Alternativamente, o cliente apresenta sua própria conceituação que é inútil e, embora seja inconsistente com os dados, o terapeuta trabalha com esse modelo sem qualquer dúvida.

1 = A conceituação mostra integração mínima dos elementos em um todo coerente ou modelos inteiros apropriados para a apresentação do cliente, e estes elementos não são usados ou são mal aplicados. A conceituação é um resumo básico das questões apresentadas e inclui informações irrelevantes em uma base de igualdade com informações relevantes.

2 = A conceituação liga efetivamente cognições, emoções, comportamentos e/ou respostas fisiológicas de uma forma coerente e significativa para entender as preocupações do cliente e avançar em direção aos objetivos do cliente. O terapeuta seleciona um modelo de conceituação específico, apropriado, descritivo, transversal e/ou longitudinal que é conduzida pelo nível de compreensão do cliente, do estágio da terapia e do assunto que está sendo discutido. No entanto, há uma sensação de que isso poderia ter sido feito de forma mais simples ou direta.

3 = A conceituação é um relato significativo e coerente do(s) problema(s) apresentado(s), com uma integração perfeita de emoções, crenças, comportamentos e/ou contexto de desenvolvimento. Todas as informações na conceituação são relevantes e extraídas da experiência do cliente; ele pode se basear a partir dos trabalhos anteriores. O terapeuta demonstra excelente julgamento ao selecionar o nível apropriado de modelo de conceituação no contexto da capacidade do cliente de entender, do estágio da terapia e do problema que está sendo conceituado conforme evidenciado pela compreensão do cliente do que é discutido.

DICA: Os avaliadores devem usar seus conhecimentos de TCC para julgar se uma conceituação está bem combinada com o estágio da terapia e o problema que está sendo conceituado. Por exemplo, na TCC para depressão, à medida que a terapia prossegue, a conceituação pode mover-se de conceituações cognitivas e comportamentais mais simples voltadas para a socialização e engajamento, para a compreensão de pensamentos automáticos negativos, para o nível mais profundo de suposições condicionais e crenças centrais incondicionais. O envolvimento do cliente com a conceituação, comunicação não verbal ou o próprio resumo da sessão (se eliciado) fornecerá boas evidências. Em alguns casos, a progressão por meio dos níveis pode ser evidente dentro de uma sessão (por exemplo, ao trabalhar com alguns transtornos de ansiedade, pode ser possível passar por modelos descritivos e transversais na mesma sessão inicial). Não é necessário usar um modelo de conceituação feito sob medida – a escolha de como conceituar com os clientes é determinada mais pela capacidade do cliente de compreender, do estágio da terapia e do problema que está sendo conceituado.

4. _____ A conceituação é o mais simples possível, considerando o estágio da terapia. Há evidências de que a parcimônia na conceituação ajuda o cliente a entender seu(s) problema(s) presente(s) e usar a conceituação para efetuar mudanças.

0 = A conceituação é tão complexa que é incompreensível para o cliente neste ponto da terapia ou tão simples a ponto de ser vazia.

1 = O terapeuta tenta refinar conceituações, mas há, no entanto, mais informações do que o essencial para permitir a compreensão do cliente ou tão simples que faltam informações que são fundamentais para um relato descritivo/explicativo.

2 = A conceituação é o mais simples possível, dadas as informações disponíveis em um determinado momento da terapia e, ao mesmo tempo, capta os elementos mais centrais.

3 = A conceituação transmite ideias complexas de forma concisa, refinando as informações nas partes essenciais necessárias para descrever ou explicar o que é necessário neste estágio da terapia para este cliente. O terapeuta está altamente atento ao que ajudará o cliente a entender os problemas apresentados da forma mais simples possível. Ele pode usar metáforas, imagens ou histórias bem escolhidas que são simples, mas ricas em significado, para permitir a compreensão do cliente. Embora ele possa ter uma conceituação complexa, na sessão isso é refinado em uma conceituação simples e funcional.

DICA: O envolvimento e as reações do cliente sugerem se o terapeuta apresentou a simplicidade da maneira certa. Se for muito simplista, pode haver evidências de que o cliente se sente tratado de forma condescendente e está desatento. Se a conceituação for muito complexa, pode haver evidências de que o cliente não entende, se sente oprimido ou está agradando ao terapeuta. Os terapeutas devem avaliar as necessidades de cada cliente. O que é simplista e óbvio para um pode exigir várias sessões de outro cliente para assimilar. O terapeuta se adapta às necessidades de cada cliente. O resumo da sessão feita pelo cliente também fornece dicas sobre o que eles entenderam durante a sessão.

COLABORAÇÃO (consulte as diretrizes, p. 6)

5. _____ A conceituação é desenvolvida de forma colaborativa. O cliente está ativamente engajado: gera ideias, escreve coisas ou dirige o terapeuta sobre o que escrever e responde às perguntas em vez de ouvir os detalhes feitos pelo terapeuta. As ideias do cliente e do terapeuta são igualmente valorizadas na descoberta da conceituação.

0 = Cliente ou terapeuta é um observador passivo ou receptor da conceituação. O terapeuta não faz nada para envolver a participação do cliente em seu desenvolvimento ou descarta as ideias do cliente. O terapeuta ignora as diferenças de opinião ou insiste que o seu ponto de vista é o correto. Alternativamente, um terapeuta muito passivo que permite que o cliente conduza a agenda, incluindo a conceituação (por exemplo, *Minha depressão é totalmente química é aceito sem discussão*).

1 = Embora ambos contribuam para a conceituação, há um desequilíbrio óbvio. O terapeuta pode fazer a maior parte do trabalho e apenas pedir a concordância do cliente ou ignorar/omitir ideias relevantes do cliente. Pontos de vista divergentes são ignorados, mal compreendidos ou deixados de fora, sem resolução de perspectivas diferentes. Parece que o terapeuta está orientando a conceituação para um conteúdo e/ou estrutura determinada por ele. O cliente parece ligeiramente interessado na conceituação e participa ocasionalmente, mas na maioria das vezes se senta e deixa o terapeuta fazer o trabalho. O terapeuta aceita o papel principal. Alternativamente, há evidências de um cliente ditando a sessão e o terapeuta não administra a situação bem o suficiente para trazer a atividade de conceituação apropriada.

2 = Tanto o terapeuta quanto o cliente estão ativamente envolvidos na conceituação; as ideias de cada um são incorporadas de forma significativa. O terapeuta busca e atende às ideias do cliente. As diferenças de opinião são bem-vindas; tanto as experiências do cliente quanto as teorias e pesquisas relevantes são usadas para resolver estas diferenças. Mesmo que a conceituação seja orientada por um modelo, o terapeuta envolve o cliente em sua construção, de modo que, do ponto de vista do cliente, este seja um modelo conjuntamente criado e desenhado a partir da experiência do cliente.

3 = Terapeuta e cliente são altamente interativos e criam conjuntamente a conceituação; ideias são adicionadas ou excluídas da conceituação com base no acordo mútuo. O terapeuta reconhece elementos de modelos baseados em evidências na experiência do cliente e os incorpora na conceituação usando as próprias palavras do cliente, de modo que a conceituação pareça altamente individualizada, mesmo que bastante padronizada no conteúdo. As diferenças de opinião são ativamente bem-vindas e discutidas. O cliente está altamente engajado na conceituação e oferece ideias mesmo quando não solicitadas – interagindo ativamente com o terapeuta durante todo o processo de conceituação.

DICA: As observações do cliente e do terapeuta durante a conceituação fornecem informações importantes para este item. Ambos parecem ativos e interessados? Existe equilíbrio nas contribuições? Há evidências de respeito mútuo e interesse nas ideias de cada um? Idealmente, o cliente parece interessado na conceituação e mostra sinais não verbais de engajamento (olhando atentamente para o papel ou quadro branco, apontando para a conceituação durante as discussões) e oferece frequentes contribuições, perguntas e/ou sugestões de modificações.

6. _____ Aspectos culturais relevantes da experiência do cliente são incorporados e/ou as conceituações usam linguagem, metáforas e imagens individualizadas para este cliente.

0 = A linguagem, as metáforas e as imagens do cliente são ignoradas e/ou o terapeuta usa linguagem para a conceituação que é incompatível com este cliente por sua natureza, complexidade (ou falta dela) ou conteúdo. Mesmo quando referências culturais relevantes são feitas na sessão (por exemplo, "Os meninos da minha família não admitiam ter sentimentos"), o terapeuta negligencia a inclusão destas na conceituação.

1 = O terapeuta não usa a linguagem, metáforas e imagens do cliente e também perde oportunidades importantes para fazê-la. Alternativamente, o terapeuta muda a linguagem do cliente de maneira que a torne menos própria do cliente. Aspectos óbvios da cultura não são considerados ou deixados de lado. O terapeuta pode perguntar sobre a cultura de uma forma que seja insensível ao quadro de referência cultural do cliente (por exemplo, "Isto é algo sobre a sua fé hindu?"), quando o cliente está discutindo papéis de gênero idiossincráticos em sua família de origem).

2 = O terapeuta incorpora a linguagem do cliente e também imagens e metáforas adequadas do cliente na conceituação. O terapeuta pede que o cliente exponha ideias em suas próprias palavras para garantir que a linguagem do cliente seja capturada. Quando discutidas, as experiências culturais do cliente são incorporadas de maneiras que ajudam a tornar a conceituação mais útil ou personalizada. As perguntas do terapeuta ou comentários do cliente destacam aspectos da cultura do cliente que têm relevância particular para a conceituação. A conceituação final está em linguagem facilmente compreensível para este cliente.

3 = O terapeuta é extremamente hábil; não só a linguagem do cliente é favorecida, mas o terapeuta detecta com precisão e usa uma compreensão diferenciada das frases e imagens do cliente para tornar a conceituação um produto personalizado. Aspectos relevantes da cultura do cliente são incorporados centralmente à conceituação, de modo que não são “adicionados,” mas são uma parte integrante da estrutura do modelo conceitual desenvolvido. O terapeuta é sensível às múltiplas dimensões culturais da conceituação (por exemplo, etnia, gênero, faixa etária, orientação sexual, espiritualidade, etc.).

DICA: O contexto cultural é amplamente definido e inclui a origem social do cliente, o contexto econômico, a etnia, a faixa etária, a orientação sexual, a origem religiosa, a espiritualidade e outros fatores culturais relevantes. Quer a cultura do cliente pareça semelhante ou diferente da do terapeuta, espera-se que o terapeuta pergunte sobre os fatores culturais e use a linguagem, imagens e metáforas do cliente na conceituação. A cultura do cliente pode não ser discutida explicitamente em todas as sessões; preste atenção à linguagem usada para ver se o terapeuta e o cliente usam uma linguagem similar e culturalmente sensível (por exemplo, metáforas esportivas com um adolescente atleta). Nesse caso, isso pode indicar que a cultura já foi explorada anteriormente e está integrada à discussão.

7. _____ O terapeuta demonstra genuína curiosidade e interesse em compreender e ver a experiência através dos olhos do cliente. Os métodos socráticos são utilizados conforme apropriado (o equilíbrio é mais socrático do que didático).

0 = O terapeuta não expressa qualquer curiosidade ou interesse na visão do cliente sobre as experiências. O terapeuta pode falar, contradizer o cliente ou mesmo insistir que o relato do cliente não pode ser exato. Ou nenhum uso de métodos socráticos ou estes são mal utilizados para pressionar o cliente a dizer o que o terapeuta deseja.

1 = O terapeuta parece interessado na visão da experiência do cliente, mas em apenas um caminho estreito ou limitado. O terapeuta pode parecer um pouco desequilibrado/frustrado quando o relato do cliente não corresponde às expectativas do terapeuta. Ou o terapeuta pode perguntar sobre as experiências do cliente e então interrompê-lo ou resumir de forma imprecisa o que o cliente diz. Embora os métodos socráticos sejam usados às vezes, a conceituação é apresentada principalmente de forma didática. O terapeuta pode deixar de ouvir, resumir ou perguntar ao cliente como as ideias se encaixam.

2 = O terapeuta demonstra curiosidade com contato visual, não verbal e verbal, expressões de interesse e perguntas e comentários de acompanhamento que sugerem um desejo genuíno de compreender com precisão o que o cliente está dizendo. Quando o cliente hesita ou não tem certeza sobre algo, o terapeuta faz comentários encorajadores e dá tempo para o cliente descobrir as coisas. O terapeuta usa métodos socráticos de forma adequada para ajudar a construir a conceituação (faz perguntas com curiosidade, ouve com empatia, garante resumos escritos e pede ao cliente para encaixar as ideias). Quando os métodos didáticos são mais apropriados, o terapeuta presta muita atenção à compreensão do cliente e incentiva a interação e a investigação.

3 = O terapeuta expressa alto grau de curiosidade, interesse e detalhamento das questões para garantir que ele/ela entende a perspectiva do cliente totalmente. Perguntas e silêncios são oportunos para ajudar o cliente a elaborar sua perspectiva. Entendimentos emergentes são examinados (“Deixe-me ver se entendi bem...”; “Estou perdendo alguma coisa?”). Comentários e perguntas do terapeuta vão além das meras reflexões e demonstram **esforços ativos para ver as coisas do cliente** (por exemplo, “Se eu pensasse..., então poderia estar inclinado a... O que é isso para você?”). O terapeuta **acolhe novas respostas** do cliente tão ansiosamente quanto as respostas mais comuns. (Essas frases marcadas em negrito/italico normalmente diferenciam uma pontuação de 2 e 3 neste item.)

Dica: Quando usados com habilidade, os métodos socráticos ajudam o cliente a se apropriar da conceituação, mesmo quando ela é extraída de um modelo baseado em evidências. Os métodos didáticos podem ser entrelaçados com a investigação socrática para criar um senso compartilhado de descoberta. Este item pode ser pontuado quando os terapeutas mostram curiosidade genuína, mesmo se uma conceituação mais completa não for desenvolvida nesta sessão.

EMPIRISMO (consulte as diretrizes, p. 7)

8. _____ A conceituação reflete as teorias baseadas em evidências mais adequadas. Se existe um bom modelo baseado em evidências, o terapeuta usa esse modelo específico. Se não existe um modelo específico, o terapeuta usará o modelo genérico de TCC mais apropriado. Um modelo transdiagnóstico pode ser usado com comorbidades. Em cada caso, a escolha pode ser justificada dada a natureza do problema apresentado e a capacidade do cliente de compreender e relacionar o modelo com sua experiência. Quando o foco está na resiliência, um modelo apropriado é selecionado (por exemplo, o modelo de ampliação e construção de Fredrickson).

0 = O terapeuta não utiliza nenhum modelo. Alternativamente, os modelos baseados em evidências referenciados são claramente inadequados ou apresentados de forma imprecisa.

1 = O terapeuta tenta utilizar um modelo de TCC, no entanto, existem dificuldades significativas na seleção e utilização do modelo escolhido. O terapeuta pode lutar para vincular o modelo e os problemas apresentados pelo cliente. Ou as principais informações da experiência do cliente são negligenciadas ou forçadas a se encaixar em um modelo que não é a melhor opção. Alternativamente, o modelo é usado de forma limitada ou parcial, perdendo oportunidades de corresponder totalmente ao que é apresentado pelo cliente e, informar as intervenções.

2 = O terapeuta apresenta e/ou emprega com competência um modelo adequado para os problemas apresentados pelo cliente. Se existe um modelo baseado em evidências, o terapeuta o usa. Se um modelo de TCC genérico for usado, ele será usado em todo o seu potencial. As experiências relatadas pelo cliente são prontamente compatíveis com seus principais recursos e o cliente parece entender o modelo desenvolvido e o considera útil.

3 = O terapeuta introduz e/ou emprega perfeitamente o modelo mais apropriado (baseado em evidências, se possível) para os problemas apresentados pelo cliente. O modelo combina perfeitamente com as experiências únicas do cliente. O terapeuta utiliza o modelo para identificar e destacar processos-chave identificados no modelo que são consistentes com a própria experiência pessoal do cliente.

DICA: O uso eficaz de um modelo estabelecerá rapidamente que há uma correspondência estreita entre ele e os problemas apresentados pelo cliente. Isso fomenta a confiança do cliente de que o terapeuta entende o(s) problema(s) presente(s) e pode ajudar.

9. _____ A conceituação é baseada em experiências específicas do cliente e é individualizada para ajustar este cliente com base em dados, inferências e testes apropriados. O terapeuta e o cliente testam o “ajuste” entre a conceituação e a experiência do cliente. O terapeuta usa a conceituação para fazer previsões e/ou testar hipóteses; são usadas abordagens socráticas (por exemplo, testando hipóteses em sessão, configurando e analisando as experiências comportamentais). O terapeuta reconhece e explora aspectos das experiências do cliente que se encaixam ou não na conceituação e incentiva o cliente a perceber e descrever experiências que são consistentes ou inconsistentes com a conceituação (na sessão e/ou como lição de casa).

0 = O terapeuta não elicia a experiência específica do cliente. Não há tentativa de vincular experiências específicas do cliente à conceituação. Depois que um modelo é escolhido, não há teste para “ajuste”. O terapeuta não usa a conceituação para fazer previsões ou testar hipóteses dentro ou entre as sessões. Os exemplos relatados espontaneamente de como o modelo se ajusta ou não à experiência do cliente são ignorados. Os exemplos registrados nas tarefas de casa também são esquecidos.

1 = O terapeuta tenta personalizar um modelo, mas não incorpora totalmente informações específicas da pessoa. O terapeuta pode omitir experiências relevantes relatadas pelo cliente ou pode usar um exemplo que não é representativo de seu problema atual. O terapeuta e o cliente raramente fazem referência à conceituação e existem poucas tentativas de fazer previsões com base no modelo. Em sessão, os testes ou experimentos relativos à conceituação são limitados ou podem ser conduzidos de forma didática em vez de maneira experimental ou socrática. Embora algumas incompatibilidades possam ser observadas, outras experiências discrepantes do cliente são perdidas, explicadas ou desconsideradas.

2 = As experiências do cliente são tecidas em uma formulação específica da pessoa. Esforça-se para indagar sobre os elementos do modelo (pensamentos, sentimentos e comportamentos), permitindo um mapeamento cuidadoso da experiência em um modelo e o uso de métodos socráticos. As próprias palavras do cliente são usadas na maioria das vezes. Se uma conceituação “pronta para o uso” for usada como ponto de partida, será feito um esforço para mapear isso nas experiências do cliente. A necessidade de testar e verificar a adequação da formulação é explicada de forma aberta, demonstrando ao cliente que a conceituação emergente é um “trabalho em andamento” que precisa ser testado ativamente contra a experiência real. Os resultados de tais esforços são revisados para considerar se isso revela alguma limitação na conceituação.

3 = As experiências do cliente são o ponto de partida neste processo e são perfeitamente mapeadas em um modelo a partir de uma conversa aparentemente fluida. Sempre que possível, as próprias palavras, metáforas e referências culturais do cliente são escolhidas para aumentar o “ajuste”. O terapeuta testa abertamente a conceituação, buscando exemplos contrários ou exceções à regra. O terapeuta está alerta para perceber quando a experiência do cliente é consistente ou inconsistente com a conceituação. Essas experiências do cliente são exploradas para reforçar, refinar e revisar a conceituação. O terapeuta e o cliente comparam o modelo com experiências passadas e presentes. São feitas alterações na conceituação com base no *feedback* do cliente. O terapeuta é especialista em maximizar o aprendizado em relação às hipóteses testadas. O que pode distinguir uma pontuação de 2 e 3 é a extensão em que o terapeuta *muito explicitamente* usa as experiências dos clientes e o modelo para informar um ao outro.

DICA: Em uma conceituação individualizada eficaz, as experiências do cliente, e não o modelo, determinarão a integridade geral da formulação; o resultado pode omitir ou adicionar elementos descritos em um modelo padrão sem sacrificar um entendimento completo da experiência. As conceituações individualizadas oferecem uma compreensão precisa e rica que muitas vezes aumenta a empatia genuína do terapeuta para com o cliente. Se esse processo for feito de maneira particularmente proficiente, o terapeuta gastará o mesmo tempo em exemplos que se encaixam e não se enquadram na conceituação. O cliente é encorajado a buscar ativamente exemplos desconfirmadores no espírito de descobrir se a conceituação emergente é suficientemente robusta para orientar a compreensão e seleção de intervenção. Os dados de apoio e as discrepâncias são ativamente

discutidos de formas e maneiras de transmitir que ambos são bem-vindos. As discrepâncias não são vistas como uma ameaça ao *status* do terapeuta ou da terapia, mas sim como informações úteis para garantir a melhor e mais útil compreensão dos problemas do cliente.

10. _____ O planejamento do tratamento está ligado à conceituação. Quando apropriado, os resultados da intervenção são revisados à luz da conceituação.

0 = O terapeuta não faz referência à conceituação ao considerar as opções de tratamento. Os resultados esperados e inesperados do tratamento não são examinados em relação à conceituação.

1 = O terapeuta seleciona uma ou várias tarefas relacionadas aos processos identificados na conceituação, mas há pouca consideração sobre os “processos-chave” que podem estar mantendo o sofrimento. Os resultados das intervenções raramente são considerados em relação à conceituação.

2 = O terapeuta e o cliente selecionam processos-chave ou principais processos na conceituação (se um modelo baseado em evidências se aplicar) ou aqueles que parecem manter ou predispor o cliente e as dificuldades. As intervenções escolhidas são claramente apropriadas e intimamente ligadas a esses processos identificados e se adaptam bem aos objetivos do tratamento. Os resultados da intervenção são cuidadosamente considerados em relação à conceituação.

3 = Além das qualidades incluídas em uma classificação “2”, as intervenções escolhidas são eficientes (à luz dos tratamentos baseados em evidências que se aplicam) e com maior probabilidade de criar novos aprendizados e mudanças desejadas no nível apropriado de conceituação (descritivo, transversal, longitudinal). Os resultados da intervenção são considerados à luz da conceituação; revisões ou alterações na intervenção são guiadas pela conceituação.

DICA: Se uma série de intervenções for considerada, procure que todas elas sejam claramente apropriadas aos problemas do cliente e intimamente ligadas aos processos-chave na conceituação, e não refletindo uma abordagem dispersa. Terapeutas mais experientes prestarão atenção especial às experiências do cliente e aos resultados do tratamento que não se enquadram nas previsões da conceituação; esses resultados inesperados são usados para visitar e revisar a conceituação e/ou plano de tratamento.

PONTOS FORTES & RESILIÊNCIA (consulte as diretrizes, pp. 8-9)

11. _____ O terapeuta está interessado nos pontos fortes do cliente e usa a descoberta guiada para extraí-los. Isso inclui a identificação de forças “ocultas” que o terapeuta traz à consciência do cliente (por exemplo, “Eu percebi que você faz muitas coisas para proteger seus amigos. Vamos fazer uma lista do que você faz e ver como essas estratégias podem ajudar com esse problema”).

0 = Os pontos fortes do cliente estão ausentes da discussão. Os pontos fortes óbvios do cliente são ignorados. Se o cliente menciona pontos fortes ou interesses positivos, o terapeuta direciona a conversa de volta para o foco do problema.

1 = As perguntas são feitas sobre os pontos fortes do cliente. Eles ou não são bem-sucedidos (por exemplo, o cliente nega os pontos fortes e o terapeuta abandona a linha de investigação) ou o terapeuta perde oportunidades de vinculá-los aos tópicos da sessão, ou, ainda, o terapeuta pergunta sobre os pontos fortes e depois abandona a discussão. Os pontos fortes ocultos óbvios são perdidos pelo terapeuta.

2 = Os pontos fortes do cliente são identificados e vinculados de forma significativa aos tópicos da sessão. O terapeuta parece reconhecer os pontos fortes ocultos do cliente e se esforça para trazê-los à consciência do cliente. Se o cliente fala sobre atividades pessoais positivas, o terapeuta faz perguntas e demonstra interesse. Se o cliente nega pontos fortes ou interesses positivos, o terapeuta continua a fazer perguntas e explorar caminhos pelos quais os pontos fortes podem ser identificados.

3 = O terapeuta identifica, destaca e incorpora os pontos fortes do cliente *consistentemente e de forma eficaz*. O terapeuta usa habilmente a descoberta guiada para ajudar o cliente a reconhecer os pontos fortes óbvios e ocultos. Os pontos fortes e as experiências positivas do cliente são mencionados no contexto das discussões dos problemas; há uma integração desses diferentes aspectos da vida do cliente.

DICA: Ao avaliar este item, pode ser útil perguntar-se: “Tenho uma boa noção dos pontos fortes deste cliente?” Os pontos fortes podem incluir muitos aspectos da vida do cliente (*hobbies*, crenças espirituais, virtudes de caráter, habilidades, valores). Procure que o terapeuta esteja atento a esses vários pontos fortes e explore-os. O cliente frequentemente mostra uma mudança positiva no humor quando os pontos fortes são discutidos.

12. _____ A conceituação do caso inclui os pontos fortes do cliente. Os pontos fortes informam o plano de tratamento. (Nota: o item 13 refere-se à identificação e ao interesse em pontos fortes. Este item avalia o quão bem esses pontos fortes são incorporados na conceituação do caso e no plano de tratamento.)

0 = Os pontos fortes não estão explicitamente incluídos na conceituação de caso ou no plano de tratamento. O terapeuta pode perder oportunidades de aproveitar os pontos fortes ou interesses positivos do cliente ao distribuir a tarefa de casa.

1 = Os pontos fortes estão incluídos na conceituação e/ou no plano de tratamento, mas não são destacados como tal ou são mencionados de forma a minimizar a sua utilidade. Por exemplo, o comportamento adaptativo está ligado a um pensamento ou estado de espírito sem comentar como algo positivo ou útil.

2 = Pontos fortes são incluídos na conceituação e reconhecidos como tal. Eles podem ser incorporados diretamente na conceituação ou listados ao lado da conceituação como uma perspectiva adicional e são incorporados aos planos de tratamento com discussão explícita do seu valor para facilitar a mudança. Por exemplo, o terapeuta pode propor que os pontos fortes familiares são muitas vezes mais fáceis praticar do que novos comportamentos. Em seguida, ele pode pedir ao cliente para considerar como uma determinada força pode ser usada para encorajar a mudança ao longo de um caminho desejado.

3 = Os pontos fortes são consistentemente incorporados em conceituações e planos de tratamento, muitas vezes de maneiras significativas e criativas que podem melhorar a resposta ao tratamento e a resiliência. Por exemplo, pode haver vários caminhos na conceituação com pontos fortes liderando em um ou mais dos caminhos. Um *hobby* do cliente pode ser usado como uma metáfora para lembrar as opções de mudança (por exemplo, um cozinheiro criativo pode pensar “Quando está faltando os ingredientes que quero para um dia positivo, vou verificar e ver quais ingredientes eu tenho e descobrir como fazer algo a partir deles”).

DICA: Observe que este item se refere à conceituação e ao plano de tratamento. Observe a resposta do cliente a essas discussões. Procure que o cliente participe totalmente das discussões sobre os pontos fortes e do *brainstorming* criativo sobre como usá-los para atingir os objetivos da terapia. Não é suficiente para o terapeuta identificar didaticamente os pontos fortes e prescrever atividades do cliente se o cliente não estiver de acordo.

13. _____ As aspirações e objetivos positivos do cliente são discutidos apenas em relação ao foco no problema (por exemplo, o terapeuta faz perguntas para levar o cliente a considerar como ele gostaria que as coisas fossem).

0 = A sessão é completamente focada no problema, sem discussão de objetivos ou aspirações positivas, embora seja apropriado incluir uma perspectiva de aspiração.

1 = O terapeuta pergunta ao cliente sobre metas ou aspirações positivas de uma maneira que não o encoraje ou facilite a consideração dessas questões. O terapeuta pode parecer ou soar entediado, desinteressado ou cético quando o cliente discute objetivos positivos (“Você realmente acha que isso é possível?”). Ou o terapeuta expressa pouco interesse nessas áreas em relação ao foco do problema (“Podemos falar sobre essas coisas se sobrar algum tempo no final da sessão”). Metas positivas não estão vinculadas à conceituação de caso ou à resolução de problemas.

2 = O terapeuta mostra tanto interesse e dá o mesmo peso aos objetivos e aspirações positivas quanto aos objetivos relacionados às metas/problemas. O terapeuta encoraja o cliente a considerar essas questões, permitindo silêncio para o cliente considerar o que ele deseja, se não estiver imediatamente ciente disso. Uma vez que os objetivos positivos são identificados, o terapeuta os usa para estruturar soluções para os problemas (por exemplo, “Já que você gostaria de ter mais intimidade, talvez possamos considerar como esse objetivo pode estar ligado à superação de sua ansiedade social”). Quando o cliente está pessimista ou desesperado em relação a alcançar os objetivos positivos, o terapeuta reconhece as barreiras percebidas e expressa esperança em nome do cliente.

3 = O terapeuta coloca os objetivos positivos no centro das atenções, apoiando ativa e abertamente o realização de metas e aspirações positivas do cliente (“Eu posso ver o quão isso é importante para você. Vamos trabalhar muito para tentar fazer isso acontecer em sua vida”). O terapeuta demonstra grande interesse em objetivos e aspirações positivas, incorpora-os em conceituações de caso e expressa entusiasmo por eles em um grau que corresponde ou aumenta o próprio interesse expresso do cliente por eles. O terapeuta equilibra empatia pelos problemas com entusiasmo por objetivos positivos (por exemplo, “Eu percebo que X é muito doloroso. Eu me pergunto como podemos encontrar um caminho para que você possa superar essa dificuldade para que possa alcançar Y, que significa muito para você”). Mesmo quando o cliente expressa desespero em relação a objetivos positivos, o terapeuta é capaz de engajar o cliente para considerá-los.

DICA: Procure expressões ativas do terapeuta de interesse e entusiasmo pelas aspirações positivas do cliente. Se o cliente deseja algo que não seja adaptativo (por exemplo, alguém com agorafobia que deseja sempre ter um companheiro seguro por perto), o terapeuta pode explorar ativamente o que seria bom nisso e como isso faria o cliente se sentir. O terapeuta pode apoiar o desejo do cliente de ter esses resultados e sentimentos positivos, bem como explorar os benefícios querendo algo mais (ou seja, a capacidade de ter essas experiências mesmo quando estiver sozinho).

Em algumas apresentações (por exemplo, bipolar, psicose), os terapeutas precisarão adaptar seu estilo de acordo com os objetivos terapêuticos acordados, os valores do cliente e a agenda do terapeuta.

14. Os processos de conceituação destacam o que o cliente está fazendo bem e aumentam a autoeficácia e/ou resiliência do cliente (por exemplo, aponte as maneiras pelas quais o cliente já é resiliente; o terapeuta pergunta sobre a resiliência anterior: “Se pudermos descobrir o que funcionou em situações semelhantes antes, talvez possamos descobrir o que você poderia fazer aqui”).

0 = A resiliência do cliente não é mencionada ou destacada na sessão, embora existam oportunidades para fazer isso. A abordagem do terapeuta à conceituação mostra pouca consciência ou interesse na autoeficácia e resiliência do cliente. O foco está inteiramente nos problemas do cliente e no que ele não está fazendo bem.

1 = Terapeuta ou cliente reconhece a eficácia e/ou resiliência, mas isso não é usado de forma significativa na sessão. O terapeuta não usa observações do cliente de que está indo bem para promover a autoeficácia ou resiliência. Por exemplo, o terapeuta pode dizer: “Você lidou muito bem com essa situação”, mas não se refere a isso novamente na sessão ou durante a conceituação. O terapeuta parece não compreender os modelos de resiliência (por exemplo, não reconhece que a resiliência vem em muitas formas, incluindo a aceitação do que não pode ser mudado).

2 = O terapeuta destaca a resiliência do cliente em uma ou mais ocasiões e inclui essas ideias na conceituação. A resiliência do cliente está ligada de forma significativa aos tópicos da sessão ou aos objetivos da terapia. O terapeuta faz comentários ou perguntas para destacar a eficácia e/ou resiliência do cliente (por exemplo, “Como você descobriu isso?”, “Você é sempre tão persistente?”, “Parece-me que você tem sido muito resistente como um pai. Você acha que algumas das qualidades que o tornam um pai resiliente poderiam ajudá-lo a resolver esta dificuldade atual?”).

3 = O terapeuta sempre captura oportunidades para destacar a eficácia e/ou resiliência e as vincula a problemas de terapia de forma a levar o cliente em direção aos objetivos. A consciência da autoeficácia e/ou resiliência do cliente está em evidência nas discussões de conceituação (por exemplo, por meio dos exemplos dados). O terapeuta é especialmente adepto a capturar a autoeficácia e a resiliência em uma linguagem que pode ser facilmente representada em conceituações, incluindo metáforas, imagens e frases memoráveis (“Onde devemos colocar seu ‘espírito realizador’ neste modelo?”).

DICA: Procurar terapeuta e cliente buscar ativamente exemplos de autoeficácia e resiliência e incorporá-las às conceituações. Existe alguma evidência de que o cliente desenvolve uma melhor apreciação nesta sessão por sua própria resiliência e como isso o beneficia?