

## **Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental**

### **European model for the training and supervision in cognitive-behavioral therapies for mental health professionals**

**Jean Cottraux, PhD <sup>I</sup>; Margarida Gaspar de Matos, PhD <sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Psiquiatra, psicoterapeuta da Unidade de tratamento da ansiedade, Hospital Neurologique, Lyon, França

<sup>II</sup> Psicóloga, psicoterapeuta, Professora Associada com Agregação - Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

[Endereço para correspondência](#)

---

#### **RESUMO**

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) exige o desenvolvimento de competências sociais específicas e a tomada de consciência da influência das cognições e emoções do terapeuta no processo terapêutico. Apresenta-se uma síntese histórica referente ao surgimento das TCCs, no âmbito da própria evolução do conceito de saúde mental, seguida de uma síntese actual dos trabalhos que dizem respeito à modificação das cognições e emoções dos terapeutas durante o período de supervisão, de acordo com os princípios da aprendizagem social e da psicologia cognitiva. Retoma-se a problemática da aliança terapêutica enquanto relação de colaboração. Propõe-se um modelo de três níveis de formação e de supervisão, em função do nível de dificuldade dos problemas clínicos. Propõe-se, ainda, uma nova abrangência da relação terapêutica, que tem também implicações em nível da formação/supervisão. O papel do terapeuta é sobretudo ajudar o doente a autonomizar-se, favorecendo o aumento das suas competências pessoais e sociais para a gestão da sua vida. Descreve-se o

modelo de formação e supervisão utilizado em França, na Universidade Claude Bernard, Lyon I, que dá acesso à filiação na Associação Europeia de Terapias Cognitivo-Comportamentais, através da Associação Francesa, enquanto linhas orientadoras na formação e supervisão em TCC.

**Palavras-chave:** Terapia cognitivo-comportamental, Formação, Supervisão.

---

## **ABSTRACT**

Cognitive Behavior Therapy (CBT) requires the development of specific social skills and the awareness of the influence of the therapist's cognitions and emotions on the therapeutic process. A historical perspective on the evolution of CBT is presented, within the unfolding of the concept of mental health, followed by an update made on the works dealing with the modification of the therapist's emotions and cognitions along the supervision process, according to social learning and cognitive psychology principles. New insights on the problem of therapeutic alliance are presented, understood as a collaborative relationship. A three-level supervision and training model regarding the difficulty levels of clinical problems is proposed. We also suggest a broad concept of therapeutic relationship that has implications on training and supervision. The therapist's role is to help the patient become autonomous, help him to increase his personal and social competences in order to be able to manage his life. We describe the model of training and supervision used in France, at the University Claude Bernard, Lyon I, which gives access to the European Association for Cognitive Behavior Therapy, through the French Association, proposed as guidelines for training and supervision in CBT.

**Keywords:** Cognitive-behavior therapy, Training, Supervision.

---

## **Introdução**

Numerosos trabalhos têm aparecido sobre a formação dos terapeutas de orientação cognitivo-comportamental. Todos eles retomam, sob uma nova forma, a problemática da relação terapêutica. Esta é considerada necessária, mas não suficiente para o sucesso das TCCs.

As Associações de TCCs, em particular a Associação Europeia de Terapias Cognitivo-Comportamentais (EABCT), não emitiram nenhuma recomendação específica sobre a questão da terapia pessoal do terapeuta.

Trabalhos mais recentes debruçaram-se sobre o papel das cognições e das emoções dos terapeutas e sobre o modo de os utilizar de modo o mais eficaz possível.

Uma vez que as TCCs são actualmente as psicoterapias mais bem validadas cientificamente, na larga maioria das perturbações psicopatológicas (INSERM, 2004), é

necessário definir as modalidades actuais da formação e supervisão, sobretudo nas indicações recentes das TCCs, sobretudo nas perturbações da personalidade.

## **Historia**

O início do século XX foi dominado pela psicanálise e pela sua característica prescrição de uma análise pessoal de orientação didáctica, de modo a obter o estatuto de psicanalista ou psicoterapeuta. Apesar disso, a natureza peculiar dessa análise pessoal e didáctica, sobretudo do processo social de que dependia a sua validação de modo a se passar a achar que o antigo "analisando" se tornara competente, manteve-se controversa.

A Associação Psicanalítica Internacional recomenda, para além de uma análise pessoal e didáctica, que o candidato tenha efectuado quatro psicanálises supervisionadas.

Os conflitos sobre a formação e a acreditação dos psicanalistas na França deram origem à divisão do movimento psicanalista em várias facções. Esse facto tornou-se particularmente claro recentemente, quando na França se tentou uma vez mais discutir o estatuto do psicoterapeuta (INSERM, 2004).

Em Portugal, a Psicanálise não teve nunca um impacto hegemónico como em França, pelo que o debate/polémica, à volta das respectivas teorias e práticas, assume contornos mais privados e restritos em nível das respectivas associações nacionais, raramente saindo, como recentemente aconteceu na França, para o domínio do grande público.

Com o aparecimento de novas formas de psicoterapia, a partir de 1950-60, a atenção focou-se mais na relação do terapeuta com o doente do que sobre os processos subjectivos do terapeuta.

O primeiro autor que propôs uma supervisão a partir de comportamentos profissionais observáveis do terapeuta foi Carl Rogers (1968), o fundador da terapia não-directiva e centrada no cliente. Propôs, então, a observação directa da prática terapêutica, por intermédio de uma gravação em audio e de um espelho bidireccional. O supervisor podia, assim, trabalhar com o profissional em supervisão a partir de comportamentos observáveis. A supervisão era centrada no desenvolvimento de atitudes favorecedoras do processo terapêutico, isso é sobre a consideração positiva incondicional, a empatia, o calor, a coerência e a autenticidade, que, segundo Rogers, permitiriam a mudança. Rogers sublinhou que a aprendizagem da terapia centrada no doente não se podia fazer por via magistral. O ensino efectua-se em grupo, a partir do estudo dos problemas clínicos e dos próprios problemas existenciais do candidato a psicoterapeuta. O supervisor deve verdadeiramente ser ele próprio e coerente consigo mesmo e deve-se apresentar como uma pessoa presente, disponível e autêntica e não como a referência não contornável de um regulamento. Deve ser capaz de reconhecer movimentos emocionais dos profissionais que supervisiona. Em suma, é uma educação de expressão autêntica que é proposta.

A aparente não-directividade da terapia centrada no cliente de Carl Rogers foi posta em causa por trabalhos experimentais que mostraram que, apesar da discrição do terapeuta Rogeriano, este orientava as acções do doente (Truax, 1966).

Foi estudado de maneira estatística o processo incluído na terapia Rogeriana. Demonstrou-se que o calor e a empatia utilizados pelos terapeutas seleccionados, e recompensando apenas alguns dos discursos dos doentes, viesavam a direcção do discurso do doente. Um simples "Hum, Hum!" podia incitar a continuar na via já começada.

No fim do estudo, ficou demonstrado que existe uma ligação entre as palavras que foram reforçadas pelo terapeuta e a mudança de comportamento dos doentes no fim da terapia.

Em conclusão, Truax (1966) defendia que o terapeuta era directivo e capaz de promover mudanças comportamentais através da selecção dos temas abordados na terapia. Rogers aliás preferia utilizar o termo "terapia centrada no cliente" em vez de terapia não-directiva.

A TCC também se centrou sobre a relação terapêutica. Para compreender o processo de formação nas TCCs, é preciso começar por precisar o seu modo de funcionamento e o modo como a própria conceptualização de saúde mental e processo terapêutico foi evoluindo nas últimas décadas, propondo uma nova abrangência da relação terapêutica, que tem também implicações em nível da formação/supervisão. O papel do terapeuta mudou, passando a ser visto mais como um catalizador ajudando o doente a autonomizar-se, favorecendo o aumento das suas competências pessoais e sociais para a gestão da sua vida, em relação a si e aos outros, numa perspectiva de "saúde positiva" (OMS, 1986, 2002; Matos & Equipa Aventura Social, 2003; Matos, 2005), tendo em consideração os contextos ecológicos relevantes e o nível de desenvolvimento do doente.

No âmbito da psicopatologia, com a evolução dos sistemas da saúde, do desenvolvimento farmacológico e das ciências do comportamento e do abandono dos modelos institucionais (hospitais, prisões, asilos), os profissionais de saúde mental, que habitualmente lidavam "apenas" com a doença mental, foram chamados a intervir com pessoas sem doença mental, no apoio à adaptação à doença e na adaptação às seqüelas da doença, seja esta maioritariamente física ou mental. Em seguida, a sua acção foi-se estendendo à promoção e protecção da saúde das pessoas, e mais tarde à promoção e protecção da saúde das populações nas suas comunidades habituais ou nas comunidades de acolhimento (caso dos migrantes) (Matos, 2005).

Essa nova visão implica uma nova dinâmica tanto para os profissionais originários da área da saúde mental como para os profissionais originários da área da saúde pública, introduzindo, do ponto de vista dos prestadores de cuidados de saúde, uma dimensão de trabalho em equipa pluridisciplinar.

Nos dias de hoje, paradigmas emergentes apontam para conceitos como "empowerment/capacitação", "activação de recursos comunitários", "intervenções preventivas", "intervenções promocionais", "qualidade de vida", "resiliência", "participação", "acessibilidade", "igualdade de oportunidades", "parcerias", entre outros (Matos, 2005).

Tal implica um novo processo de trabalho, com repercussões claras ao nível da própria formação e supervisão dos técnicos de saúde, com novos conceitos-chave: trabalho em equipa interdisciplinar, linguagem comum, gestão de poder e recursos, gestão de relações interpessoais e dinâmica de grupos, promoção e protecção da saúde, dinâmicas comunitárias.

Assiste-se também, em consequência, a uma mudança do papel do profissional de saúde, que passa a aparecer mais como um catalizador do desenvolvimento pessoal e social dos "doentes", assumindo-se mais como um membro da equipa doente/profissional do que como um "tratador" munido de técnicas e saberes absolutos.

## **A formação em Terapias Cognitivo-Comportamentais**

Mantendo-nos nesta perspectiva, concentremo-nos agora nas TCCs, actualmente as psicoterapias mais bem validadas cientificamente, na larga maioria das perturbações psicopatológicas (INSERM, 2004).

Vamos analisar o que se passa no processo de mudança e as implicações em termos da formação/supervisão dos técnicos de saúde.

Serão apresentados os procedimentos habituais ao longo das sessões em TCC, o formato ou modalidades de organização das sessões de TCC e a estrutura de cada sessão em si, bem como considerações sobre o grau e profundidade da formação ajustados à complexidade de situações terapêuticas

## **Procedimentos em TCC**

No decurso de uma intervenção, ao longo de várias sessões, tendo como base as TCCs, o desenrolar habitual das TCCs inclui as etapas seguintes:

- Contacto inicial - estabelecimento de uma relação positiva de colaboração (uma aliança terapêutica): identificação de problemas emocionais, cognitivos e comportamentais que motivam a procura pelo doente, a identificação do "pedido terapêutico".
- Diagnóstico psicopatológico - classificação segundo o DSM-IV-TR (APA, 2003) nos seus cinco eixos.
- Clarificação/estudo dos objectivos e da motivação para o tratamento - o terapeuta tem de identificar os motivos pelos quais o doente vem à consulta e o que ele deseja modificar na sua vida pessoal e relacional. O terapeuta deve também avaliar motivação para a mudança.
- Análise funcional - Há várias grelhas que permitem avaliar de modo sincrónico e diacrónico as interrelações subtis entre comportamento, emoção e cognição (Cottraux,

2004b), bem como as relações sociais do doente e sua importância na situação problema.

- Escalas de Avaliação - Não se podem confundir com a análise funcional. Funcionam apenas como uma "representação matemática" da clínica. Em clínica, devem usar-se o menos possível e com a preocupação de cobrir os vários níveis do problema: o nível das síndromas, da qualidade de vida, da personalidade, do nível de desenvolvimento e do apoio social (familiar, escolar, laboral, comunitário).
- Partilha do processo terapêutico - Explicação do problema psicológico e das técnicas que serão utilizadas para assegurar a mudança dos comportamentos, das emoções, dos pensamentos e das relações sociais.
- Hipóteses - estabelecimento de hipóteses com o doente sobre o(s) problema(s) e estabelecer prioridades (por onde começar).
- Processo gradual - estabelecimento de uma hierarquia dos níveis do(s) problema(s), utilizando unidades subjectivas de perturbação. Pode p.ex. estabelecer-se um "termómetro" do medo que vá de 0 a 100 e que permita ao doente situar-se e classificar o seu medo face a situações agorafóbicas. Essa classificação que muitos criticam porque "fria e redutora da fenomenologia/vivência do doente", é na realidade, como o sabem amplamente os terapeutas creditados, um motivo de interacção, algo lúdico, no qual o doente é envolvido no processo do seu tratamento, aumentando assim a sua participação e competência para gerir a sua situação.
- Autonomia, participação e competência individual - desenvolvimento de competências de auto-cura, auto-gestão, auto-controlo, auto-monitorização.
- Avaliação - avaliação dos resultados do tratamento face a uma linha de base. Sempre que possível, o doente é também envolvido nessa avaliação, e, por vezes, a sua família.
- Manutenção e generalização - preconizam-se programas de manutenção, monitorização, generalização e acompanhamento a curto, médio e longo prazo (durante pelo menos um ano).

## **O formato nas TCCs**

A TCC pode apresentar-se sob a forma de terapia de grupo, de casal ou terapia familiar. A terapia familiar, na sua forma psico-educativa e de resolução de problemas foi particularmente estudada em doentes esquizofrénicos. No trabalho com doentes mais jovens, é também abundantemente usada (em famílias de crianças com autismo, hiperactividade, problemas de comportamento, por exemplo.)

As sessões são limitadas no tempo, em geral 10 a 25 sessões semanais para perturbações ansiosas e depressão, e uma centena para perturbações da personalidade ou reabilitação de doentes psicóticos. Levam, em geral uma duração média de 60 minutos.

## **O que acontece durante uma sessão de TCC**

O terapeuta tem um papel activo, embora utilize mais o *diálogo socrático* na clarificação de problemas e na tomada de decisões, do que uma directividade ou um aconselhamento. As sessões são estruturadas segundo o modelo de Beck, Rush, Shaw e Emery (1979).

Após as sessões iniciais de clarificação do problema e contrato terapêutico, no início de cada sessão posterior, faz-se uma avaliação do trabalho de casa recomendado na sessão anterior. Em seguida, uma ordem de trabalhos é definida com o doente: o tema da sessão é definido em conjunto.

Aproximadamente em todos os 10 minutos iniciais, o terapeuta faz um ponto da sessão elaborando um pequeno resumo e pedindo ao doente para o discutirem em conjunto, confirmando a sua adequação ao diálogo até então, no que diz respeito aos aspectos mais salientes.

Em seguida, técnicas cognitivas, comportamentais, emocionais e interpessoais são utilizadas para modificar os esquemas cognitivos e os pensamentos automáticos que acarretam dificuldades relacionais ao doente.

No final, o terapeuta solicita um resumo da sessão para verificar o que o doente reteve de cada sessão. Esse resumo é discutido. Por fim, o terapeuta pede um feedback sobre a sua própria actuação ou discurso, solicitando uma clarificação eventual de situações de desagrado por parte do doente. Esse feedback permite identificar problemas relacionais ocorridos na sessão e modificar por meta-comunicação uma interacção que se arriscava de outro modo a vir a ser demasiado negativa.

Antes do fim da sessão, novos trabalhos de casa – tarefas de carácter cognitivo, comportamental (pessoal ou social), são definidas com o doente e serão praticadas no quotidiano deste até à sessão seguinte. Define-se, ainda, a agenda dos pontos a serem tratados na sessão seguinte.

## **Formação em TCC**

Numerosos trabalhos na área da Saúde Mental apontam para a importância das competências pessoais e sociais na saúde mental dos indivíduos, sublinhando cada vez mais a necessidade de substituir programas de intervenção terapêutica de carácter "curativo", "laboratorial" e centrados, sobretudo, em diminuir os problemas dos indivíduos, para preconizar, na medida do possível, intervenções de carácter preventivo, promovendo competências, baseando-se em grupos sociais "naturais" e envolvendo toda a comunidade em que os indivíduos se inserem.

Uma intervenção destinada a otimizar o crescimento pessoal e social dos indivíduos tem de visar todas as estruturas sociais relevantes para a problemática em questão.

Esse tipo de intervenção não se pode situar, como vimos, na linha clássica de intervenção do terapeuta, cujo desejo é sobretudo tratar, mas pretende sobretudo fazer com que os doentes sejam tanto quanto possíveis participativos e colaboradores no processo da sua mudança, mais, se autonomizem e sejam um dos agentes essenciais da sua própria autonomia e mudança.

Não se pretende defender a demissão do terapeuta da sua tarefa de tratar, mas ampliar o seu papel, incluindo nesse papel a mediação do crescimento individual: tratar é também ensinar a tomar conta de si, devolver ao doente a gestão da sua própria vida, através de um processo de desenvolvimento pessoal e social.

Essa intervenção não pode limitar-se aos doentes. Também os técnicos precisam de formação pedagógica e terapêutica, centrada em questões teóricas e técnicas, mas também centrada nas relações interpessoais, tendo em vista a adaptação à diversidade e a novos comportamentos; uma formação essencialmente prática que inclua uma reflexão sobre os percursos das suas respectivas vidas pessoais e sociais, permitindo aos técnicos crescer e facilitar o crescimento dos outros (Matos, 1998; 2005).

Um dos pontos-chave da TCC é a sua previsibilidade. São clarificados os processos perturbadores, o projecto terapêutico, os objectivos, a duração e desenrolar das sessões, os processos de avaliação inicial e final, e, por isso, obviamente também a duração, objectivos e processo da supervisão de terapeutas.

A avaliação inicial de comportamentos e situações-problema tem o sentido de uma identificação de diferenças ou similitudes individuais e interpessoais e comunitárias.

Tipicamente, a avaliação inclui entrevistas mais ou menos estruturadas com vista à análise funcional da(s) situação(ões)-problema e eventual recurso a questionários, grelhas de observação, escalas de avaliação e processos de dinâmica de grupo.

A avaliação é parte intrínseca do processo de intervenção e é um processo dinâmico porquanto, após a definição e implementação de uma estratégia, há que também avaliar sistematicamente e atempadamente "a direcção e os parâmetros da mudança", a sua manutenção e a sua generalização a contextos mais vastos (familiar, escolar, laboral, social).

É necessária uma larga experiência para que um profissional de saúde possa tirar partido optimizado do potencial "avaliativo" da entrevista ou, em geral, de métodos qualitativos de recolha de informação.

Para esse nível de competência no processo avaliação-intervenção-avaliação, é imprescindível uma formação pós-graduada específica na área da intervenção terapêutica, bem como uma supervisão inicial, por parte de um profissional com vasta experiência na área da psicoterapia e da supervisão.

A AFTCC – Associação Francesa de Terapias Cognitivo-Comportamentais – preconiza que a formação se dirija, em primeiro lugar, aos psiquiatras, aos psicólogos e aos médicos com uma sólida formação anterior em psicologia. Os enfermeiros e os educadores especializados têm acesso a algumas formações de carácter mais psico-educativo.



É lamentável que, por vias do modo como se organiza a oferta das universidades, em termos de formação, seja possível que profissionais de algumas das áreas acima descritas sejam formados e, pior um pouco, supervisionados na sua prática, em nível da avaliação e intervenção terapêutica, por técnicos que, embora tenham atingido um estatuto diferenciado em nível académico, nunca tenham tido, eles próprios, formação formal, nem supervisão, nas áreas da avaliação e da intervenção terapêutica.

Essas situações são, para além de lamentáveis, lesivas dos direitos dos doentes, e apenas podem ocorrer porque, por um lado, há ainda um divórcio entre a possibilidade de formações académicas propostas pelas universidades e a sua validação por meio das escolas de psicoterapia; por outro lado, pela indefinição da protecção do título de psicoterapeuta, desse modo permitindo o uso indevido do título e da função.

Na AFTCC, o ensino decorre segundo critérios próximos dos que foram estabelecidos pela Associação Europeia (EABCT) em 2002:

1. Formação de 450 horas, das quais 200 com um terapeuta credenciado;
2. Desenvolvimento de competências psicoterapeutas – 200h;
3. Supervisão de 200h por um terapeuta credenciado;
4. Pelo menos, oito casos supervisionados; cobrindo, ao menos, 3 tipos de problemas;
5. Memória, incluindo, pelo menos, 4 casos (2000-4000 palavras);
6. Acreditação, por meio de uma associação de formação, seguida de formação contínua ao longo da vida;
7. Auto-terapia didáctica dos terapeutas. A escolha é deixada a cada País (não obrigatória).

No Diploma Universitário de TCC da Universidade Lyon I são pedidos oito casos descritos.

## **A Supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais**

Põe-se agora a questão das implicações desses pressupostos na supervisão dos técnicos de saúde.

Será abordada a questão da importância da relação terapêutica, bem como a sua conceptualização em TCC como uma aliança terapêutica de colaboração, e serão apresentadas considerações sobre o tipo de supervisão ajustado à complexidade de situações terapêuticas

## **A relação terapêutica e o problema da “transferência”**

Uma aliança terapêutica positiva é uma condição necessária, mas não suficiente, para o sucesso das TCCs. A “transferência”, enquanto método de desencadear revivências emocionais e de tomadas de consciência de estruturas inconscientes profundas, não é um meio fundamental em TCC.

As emoções, a tomada de consciência e o problema das estruturas mentais inconscientes são, em TCC, abordadas de outro modo.

A brevidade da terapia, a situação de face a face, a estruturação das sessões segundo uma ordem de trabalhos, a característica eminentemente pedagógica e construtiva da relação, o facto de serem propostos programas de actividades fora da sessão, envolvendo directamente os contextos sociais do paciente, não favorecem a transferência. Efectivamente, a transferência analítica alimenta-se da regressão do consciente para o inconsciente, do presente para o passado, do pensamento lógico para o pensamento mágico: é a tripla regressão tópica, temporal e formal por meio da qual o terapeuta vai ser tomado por outra pessoa significativa do universo do doente.

A posição de deitado e a duração longa da psicanálise e o seu carácter frustrante favorecem mecanismos regressivos. A transferência, no sentido psicanalítico, é desencorajada em TCC, e a abordagem realista proposta ao doente impede a sua regressão.

No entanto, a terapia cognitiva de Beck et al. (1979) representa uma síntese de alguns dos aspectos da psicanálise e da terapia comportamental clássica. Da parte da psicanálise vem o interesse pela identificação dos temas latentes no pensamento do doente, a identificação das interacções entre afectos e comportamentos e a génese histórica dos esquemas cognitivos. Da terapia comportamental, vem a estruturação das sessões, a definição de objectivos terapêuticos, a clarificação/operacionalização das técnicas terapêuticas e a avaliação. Mas a transferência, no sentido estrito do termo, não é um elemento essencial no processo terapêutico e, caso ocorra, é, em geral, desencorajada ou ignorada, uma vez que, inclusive, se arrisca a perturbar o desenrolar do tratamento.

## **Aliança terapêutica e relação de colaboração**

O conceito de aliança terapêutica é atribuído a Freud (INSERM, 2004). Na terapia analítica, a aliança terapêutica refere-se aos aspectos mais racionais da relação terapêutica, contrastando com elementos transferenciais, logo, menos racionais.

Alford e Beck (1997) definiram a relação terapêutica em terapia cognitiva como uma relação de colaboração empírica, comparável à de dois investigadores que trabalham juntos sobre um problema. Essa colaboração serve de fundamento à aprendizagem, que, por seu lado, está ligada tanto à relação terapêutica como às mudanças cognitivas do sujeito.

No entanto, a mudança em terapia é, sobretudo, devida às capacidades do sujeito/doente e não unicamente à relação terapêutica. Para além disso, essa mudança tem de se generalizar a outros contextos, para além do contexto terapêutico, incluindo os contextos sociais (familiar, laboral, escolar) do doente, e deve manter-se para além

do final da terapia, sem o que arrisca tornar-se factor de dependência (em vez de factor de autonomia) e factor de incapacidade de acção/mudança por parte dos doentes, do duplo ponto de vista da sua fenomenologia existencial e relacional e da sua capacidade para interagir com o mundo físico e social e retirar bem-estar e satisfação dessa interacção.

Os autores aconselham dar o crédito da cura ao doente propriamente dito, sem exagerar a importância do terapeuta, aqui visto como um catalizador.

## **Níveis de supervisão**

A supervisão acontece em três níveis, que serão explicitados a seguir em ordem crescente.

Por nível I, entende-se a intervenção nas perturbações ansiosas e estados psicóticos que necessitam de uma aprendizagem social específica. Essa não tem grande complexidade, embora a supervisão de casos seja necessária. Os processos de supervisão integram-se a quatro níveis: comportamental, cognitivo, afectivo e interpessoal, tal como evidenciado por Bélanger e Marcaurelle (1997).

No nível comportamental, a supervisão pretende favorecer aparecimento, manutenção e a generalização de comportamentos terapêuticos por parte do supervisionado e diminuir os seus comportamentos ineficazes ou contra-producentes do ponto de vista terapêutico.

No nível cognitivo, a integração da dimensão cognitiva permite ao supervisor levar em linha de conta as distorções cognitivas do supervisionado e conseqüente efeito no processo terapêutico. Uma das tarefas do trabalho de supervisão é identificar, discutir e modificar essas distorções.

O nível afectivo toma em conta a dimensão emocional, implicando ultrapassar os obstáculos ligados ao stress profissional e utilizar os recursos afectivos do futuro terapeuta para atingir objectivos pedagógicos. A activação fisiológica associada às variáveis afectivas não é sempre entendida em TCC como contra-protutiva. A ansiedade pode ajudar a prestar atenção e incluir-se nos processos empáticos, com a condição de não submergir o terapeuta. O objectivo é eliminar as reacções afectivas disfuncionais ou controlá-las, minimizando os efeitos negativos.

O nível interpessoal é capital, na medida em que a relação é o veículo do tratamento e, é preciso que o terapeuta aprenda a tolerar resultados mínimos no início e encoraje os progressos do doente. A supervisão é, em geral, efectuada por meio de apresentações de caso em pequeno grupo, com discussão de jogos de papéis e dramatizações, para modificar gradualmente as interacções entre o futuro terapeuta e o terapeuta. Os métodos habitualmente usados em TCC são a retroalimentação positiva (*feedback*), a imitação de um modelo e o ensaio por meio de jogo de papéis.

É também recomendado efectuar supervisões utilizando vídeos que são depois avaliados com métodos mais ou menos sofisticados, ou grelhas de leitura, por um especialista. Além disso, é desejável se considerar a relação entre o supervisionado e o

seu supervisor individual. É possível, por exemplo, que o supervisionado tenha uma ansiedade antecipatória em relação a um julgamento (julgado negativo) por parte do supervisor ou ainda que ele se desvalorize por causa dos fracassos vividos na supervisão.

O supervisionado pode também ter dificuldades em fazer apresentações públicas e aí pode deixar-se de início um papel mais activo para os supervisionados que falam facilmente em público. Com essas apresentações, podem aprender olhando uns para os outros, ou para vídeos. Contudo, é necessária uma implicação pessoal. O supervisor tem de ser capaz de compreender empaticamente uma situação bloqueada e deve recorrer, tal como na terapia, a estratégias terapêuticas para atenuar essas reacções negativas.

A supervisão em TCC de nível II corresponde mais especificamente à terapia cognitiva dos estados depressivos e das perturbações da personalidade do Grupo C (personalidade evitante, obsessiva-compulsiva e dependente). Um dos problemas centrais é a desmoralização do terapeuta, confrontado por vezes com uma depressão do doente que parece realista.

É preciso que este compreenda que tipos de esquemas são activados em si, do mesmo modo que o doente, e compreenda o valor de uma acção que, no início, traz (pelo menos aparentemente) tão poucos resultados. Muitos sistemas foram propostos para avaliar a eficácia da supervisão. O quadro I apresenta uma proposta utilizada no Instituto Beck, em Filadélfia.

A um nível de complexidade mais elevado existe uma escala que permite avaliar as competências em terapia cognitiva, a CTRS (Blackburn et al., 2001). Atribui uma nota ao terapeuta e permite acompanhar os seus progressos. No quadro II apresentamos esta escala na sua tradução portuguesa.

O nível III da supervisão em TCC corresponde ao tratamento do stress pós-traumático e das perturbações da personalidade do Grupo B (borderline/estado limite em particular), que são as mais difíceis de gerir emocional e tecnicamente para os terapeutas. Assim, são propostos o modelo cognitivo e o modelo da terapia comportamental dialéctica.

No modelo cognitivo, os casos são caracterizados por uma conceptualização de casos "de gavetas", de problemas relacionais múltiplos, de problemas emocionais que comprometem a empatia do terapeuta. A passagem do eixo I ao eixo II é aqui frequente: por exemplo, oscilações entre uma perturbação da personalidade borderline e obsessões-compulsões ou um estado depressivo grave. As passagens ao acto e a impulsividade são frequentes e os prejuízos emocionais nos terapeutas são mais a regra que a excepção. Por fim, assiste-se em geral à repetição dos cenários da vida na terapia. Tal como para a depressão e para as perturbações ansiosas, por meio de esquemas. Estes representam profecias que se concretizam por meio da selecção dos aspectos do contexto físico e social que os satisfazem. A história de uma vida ou os cenários da vida resultam de esquemas precoces e da auto-realização de profecias.

Cottraux (2001, 2004a) explorou os cenários da vida em detalhe, porque o seu estudo permite uma conceptualização nova do problema da repetição de fracassos pessoais, que, muitas vezes, leva os doentes a procurar ajuda psicoterapeuta.

Esses esquemas vão ser activados na relação terapêutica. Em função da natureza dos esquemas cognitivos do doente, o terapeuta tem de ser capaz de identificar a zona de conflito que o doente mobiliza contra si, tal como o faz com os outros na vida do dia-a-dia.

As contra-actitudes do terapeuta correspondem ao papel que o próprio doente lhe atribuiu no seu cenário pessoal. Conseguir compreender esse fenómeno e ser capaz de meta-comunicar sobre essa interacção vão permitir, muitas vezes, o avanço da terapia, para além de um ensaio estéril de um papel fixado previamente. Para isso, o supervisionado precisa de pontos de referência. Também precisa compreender quais dos esquemas cognitivos são activados nele próprio. É isso que se resume no quadro III.

A supervisão e jogo de papéis / dramatizações vão também ajudar essa distanciação e a reestruturação do papel do terapeuta, que vai esforçar-se para confrontar o doente com o papel pré-fixado e repetitivo que este lhe atribuiu. Mas mesmo aqui, não se trata de fazer a terapia do supervisionado, mas de reforçar a sua identidade profissional.

**Quadro 1** - Competências gerais dos terapeutas e intervenções específicas em Terapia Cognitiva (Cottraux, 2004b)

COMPETÊNCIAS GERAIS	INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS
Desenvolver uma aliança terapêutica Avaliar o humor do doente Elaborar um plano Laços entre as sessões Revista dos TPCs Resumos – sínteses Solicitação de um feedback durante a sessão Estilo colaborativo Descoberta guiada Gestão do fluxo de assuntos por sessão Ritmo- utilização eficaz do tempo Familiarização com a TC: Teoria Familiarização com a TC: Terapia Foco sobre as cognições e os comportamentos-chave Clarificação dos pensamentos automáticos Avaliação dos pensamentos automáticos Identificação dos pensamentos disfuncionais Avaliação dos pensamentos disfuncionais Resolução de problemas Estabelecimento de tarefas realistas Resumo da sessão Procura feedback no fim da sessão	Introdução à reestruturação dos pensamentos disfuncionais Partilhar a conceptualização com o doente Psico-educação Análise custo/benefício Jogo de papéis racional/emotivo Jogo de papéis para desenvolver competências Exposição em imaginação Exposição ao vivo Revisão/reestruturação das experiências infantis Outros

Newman (1998) insistiu sobre um conjunto de pontos comuns entre terapia e supervisão: a relação de colaboração (a aliança), a utilização de critérios de progresso objectivos, o equilíbrio de poderes e a relação e, finalmente, a atmosfera de optimismo e de encorajamento.

Por outro lado, a terapia e a supervisão diferenciam-se claramente em três pontos: a supervisão não está centrada no sujeito, os supervisores múltiplos são úteis, o que em, geral, é contra-producente em terapia e a relação pessoal pode tornar-se de amizade ou institucional. Não se trata pois da "terapia do supervisionado".

**Quadro II** - CTS-R/Casos em vídeo 12 itens (cotados de 0-6)

Item 1 - Estabelecer um plano /agenda e adesão terapêutica
Item 2 - "Feedback " (troca de informação)
Item 3 - Estabelecer uma colaboração
Item 4 - Ritmo e utilização do tempo ao longo da sessão
Item 5 - Eficácia interpessoal
Item 6 - Evidenciar expressão emocional
Item 7 - Evidenciar as cognições-chave
Item 8 - Evidenciar e planejar comportamentos
Item 9 - Descoberta guiada: hipóteses do doente
Item 10 - Integração conceptual: história do doente
Item 11 - Aplicação de métodos de mudança
Item 12 - Tarefas e experiências cognitivo-comportamentais e emocionais

**Quadro III** - Contra-attitudes do terapeuta (Cottraux, 2001)

Personalidade	Papel do terapeuta (continuum)	Zonas problemáticas
Paranóica e desconfiança	Protector vs Perseguidor	Confiança
Esquizóide individualização	Apoio discreto vs Intrusivo	Distância e
Esquizotípico	Sábio vs Mágico	
Pensamento lógico e mágico		
Anti-social	Juiz vs Vítima	
Violência e lei		
Limite (Bordeline)	Salvador vs "não de confiança"	
Competência e incompetência		
Histriónica sedução	Espectador neutro vs Sedutor	Amor e
Narcísica	Admirador vs Crítico	
Egocentrismo e limites sociais		
Evitante	Carismático vs Dominador	
Domínio e submissão		
Dependente	Figura de vinculação vs vítima	
Dependência e abandono		
Obsessiva-compulsiva	Racionalista vs Hedonista	
Dever e prazer		

O segundo modelo chama-se terapia comportamental dialéctica (Linehan & McGhee, 1994) e tem esse nome porque tenta ajudar o doente a fazer a síntese de comportamentos e cognições contraditórias e oscilatórias e a ultrapassar essas contradições. Associa uma terapia individual e uma terapia de grupo destinada a

modificar os comportamentos e a desenvolver uma capacidade de viver de modo mais feliz, sem passagens ao acto e com relações mais satisfatórias com os outros.

Aqui também o objectivo ultrapassa a cura ou diminuição dos sintomas e inclui um aumento da percepção da qualidade de vida, da saúde/ bem-estar e a autonomia e participação do doente na vida social, pretendendo ajudar o doente a recuperar o controlo sobre a sua vida e as suas decisões e comportamentos (Matos, 2005).

Como os doentes borderline têm oscilações de comportamento e de cognições frequentes, associadas a um pensamento dicotómico tipo "preto ou branco", os terapeutas são postos à prova nessa terapia, que, em geral, dura um ano, com pelo menos uma sessão de terapia individual por semana, para além das sessões em grupo.

O objectivo essencial da supervisão é ajudar o supervisionado a ter confiança no seu próprio julgamento e as suas respostas naturais ao doente. Para isso, recomenda-se ao supervisor que se sirva da validação e do reforço positivo (*cheerleading*). Para construir as competências do supervisionado, tem de percorrer três etapas: observar e escutar; dar feedback, incluindo o "não dito", e evidenciar o que foi positivo, procurando-o activamente.

Os comportamentos a desenvolver no supervisionado são a aceitação da patologia do doente, (mais do que uma vontade demasiado insistente de o mudar, a procura de um meio-termo entre a mudança a todo o custo e a resistência); a aceitação de que os terapeutas podem fracassar; o conhecimento dos seus limites pessoais e a sua consideração na modificação da relação com o doente, a entreaajuda na conceptualização do comportamento do doente, evitando a clivagem; a gestão do papel de intermediário, em que o doente coloca o seu terapeuta em relação aos outros membros da equipa, evitando essa situação, e, finalmente, a aceitação da diversidade dos pontos de vista sobre o doente. O quadro V resume os diferentes níveis de supervisão preconizados por Linehan & McGhee (1994).

**Quadro IV** - Supervisão: modelo da Terapia Comportamental Dialéctica (Linehan & McGhee, 1994)

<p><b>Supervisão cognitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Conhecimentos específicos:</b> princípios comportamentais, éticos, psicopatologias e metodologia de pesquisa</li> <li>▪ <b>Capacidades conceituais:</b> Conceptualização de casos, aplicação de conhecimentos a propósito do comportamento (aberto e coberto), planificação dos tratamentos, aprendizagem da elaboração de julgamentos crítico, consciencialização do impacto das suas crenças e valores, consciencialização do impacto das crenças e valores dos envolvimento próximo e longínquo</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Supervisão comportamental</b></p> <p><b>Procedimentos terapêuticos e Competências interpessoais (empatia, calor):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensino de métodos comportamentais ao doente</li> <li>▪ Profissionalismo</li> <li>▪ Desenvolvimento pessoal (leituras, terapia pessoal)</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Supervisão afectiva e fisiológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controlo das respostas problemáticas face aos doentes e supervisores.</li> <li>▪ Medo de ser avaliado</li> <li>▪ Supervisão e prevenção do “burn-out”</li> </ul>

## Conclusão

A participação do cidadão/doente preconizada já na carta de Ottawa (OMS, 1986) implica necessariamente uma resposta organizada do sistema de saúde, que passa pela qualidade dos serviços prestados, o que inclui uma formação sólida e uma supervisão dos técnicos de saúde por formadores e supervisores credenciados.

Mais tarde, a OMS (WHO, 2001) defende explicitamente a elaboração, implementação e avaliação de programas preventivos e promocionais que promovam as capacidades das pessoas, actuando, de preferência, antes que os sintomas se instalem.

A OMS defende ainda uma acção que inclua estratégias para diminuição do estigma, da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades, preconizando a partilha de “boas práticas”, após avaliação, de modo a criar programas baseados nas experiências avaliadas. Sugere-se, ainda, aos profissionais de saúde que, nas intervenções com populações não adultas, tenham uma especial atenção para a questão desenvolvimental, que envolvam sistematicamente os contextos sociais nas várias fases do trabalho terapêutico, e ainda que promovam a participação e a competência das populações-alvo.

O processo de formação/supervisão analisado neste artigo deve ser lido como na linha dessas recomendações.

A supervisão foi dividida de um modo artificial em 3 níveis. Essa divisão é o resultado da experiência da formação praticada no DU da Universidade de Lyon 1, desde 1980,



onde o primeiro autor é formador e onde o segundo autor fez a sua formação. Essa formação sublinha uma aprendizagem progressiva de competências sociais próprias do terapeuta de TCC.

O estudo dos fenómenos emocionais dos terapeutas na relação com o doente é tido em consideração, desde já há muitos anos, e refere-se aos modelos da aprendizagem social e da psicologia cognitiva (Kimerling, Zeiss & Zeiss, 2000). Esses modelos sugerem a importância de evitar a sobrecarga emocional e o burn-out.

Um dos elementos essenciais ao bom funcionamento terapêutico é o desenvolvimento da capacidade de resolver problemas postos pela gestão do doente: para isso, a utilização de técnicas de solução de problemas em sete pontos foi proposta (Nezu, Saad, Nezu, 2000).

Como todas as aprendizagens, a da terapia deve ser progressiva. Torna-se evidente que alguns supervisionados irão mais depressa do que outros. No entanto, para a grande maioria é preferível não queimar etapas para evitar o *burn-out*. O excesso de ambição ou a necessidade compulsiva de fazer bem podem ser tão contra-producentes como o deixar andar : é preciso curar-se do "síndrome do salvador".

Os terapeutas não estão aqui para salvar o mundo. Só serão salvos os doentes que, numa larga medida, já decidiram mudar.

## Referências Bibliográficas

Alford, A. & Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.

APA - American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR - Manual do Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climpisi.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.

Bélanger, C. & Marcaurette, R. (1997). La supervision comportementale et cognitive. Sommes-nous au fait de ce que nous faisons? *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 4, 10-16.

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

Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie. Demain est une autre histoire*. Paris: Odile Jacob.

Cottraux, J. (2004a). *Les visiteurs du soi. A quoi servent les pysys?* Paris: Odile Jacob.

Cottraux, J. (2004b). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.

- INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2004). *Psychothérapie: Trois approches évaluées*. France: Expertise Collective INSERM.
- Kimerling, E.; Zeiss, M. & Zeiss, A. (2000). Therapist emotional responses to patients: building a learning-based language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 312-322.
- Linehan, M. & McGhee, E. (1994). A cognitive behavioral model of supervision with individual and group components. Em: S. Greben & R. Ruskin (Orgs.). *Clinical perspectives on psychotherapy supervision* (pp. 165-188.). London: American Psychiatric Press.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: CDI/ FMH.
- Matos, M. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/ FMH.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/CMDT.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT. Disponível em: <http://www.aventurasocial.com>
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). *Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*. Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). *Rapport sur la santé dans le monde "Réduire les risques et promouvoir une vie saine"*. Genève: OMS.
- Newman, F. (1998). Therapeutic and supervisory relationships in cognitive-behavioral therapies : similarities and differences. *Journal of Cognitive Therapy*, 12, 2, 95-108.
- Nezu, M.; Saad, R. & Nezu, C. (2000). Clinical decision making in behavioral supervision: and how does that make you feel? *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 338-342.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Truax, B. (1966). Reinforcement an non reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- WHO – World Healthy Organization (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneve: WHO.

**Endereço para correspondência**

Endereço do autor principal: Jean Cottraux.

Unidade de tratamento da ansiedade - Hopital Neurologique, 59 bd Pinel 69394 Lyon.

E-mail : [cottraux@univ-lyon1.fr](mailto:cottraux@univ-lyon1.fr).

Recebido em: 27/03/2007

Aceito em: 27/06/2007