

# AS PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS ORIENTAIS UTILIZADAS NAS ABORDAGENS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL CONTEMPORÂNEA

2011

**Marcus Deminco**

Escritor. Tutor de PNL, D.H.C. em Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (ABMP/DF). Prof. de Ed. Física e Graduando em Psicologia (Brasil)

E-mail:

[marcusdeminco@gmail.com](mailto:marcusdeminco@gmail.com)

---

## RESUMO

Neste trabalho pretendeu-se pesquisar e descrever as principais técnicas orientais utilizadas como recursos de intervenções psicoterapêuticas em algumas práticas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) contemporânea. Conclui-se que as práticas orientais utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como o *Mindfulness*, a Terapia Comportamental Dialética (TCD), a Respiração Diafragmática e o Relaxamento Muscular Progressivo, representam não só um acréscimo relevante no arsenal de suas técnicas psicoterapêuticas, como também – proporcionam aos seus pacientes – uma maior variedade de recursos disponíveis no processo terapêutico.

**Palavras-chave:** Técnicas orientais, terapia cognitivo-comportamental, *mindfulness*, terapia comportamental dialética, respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo

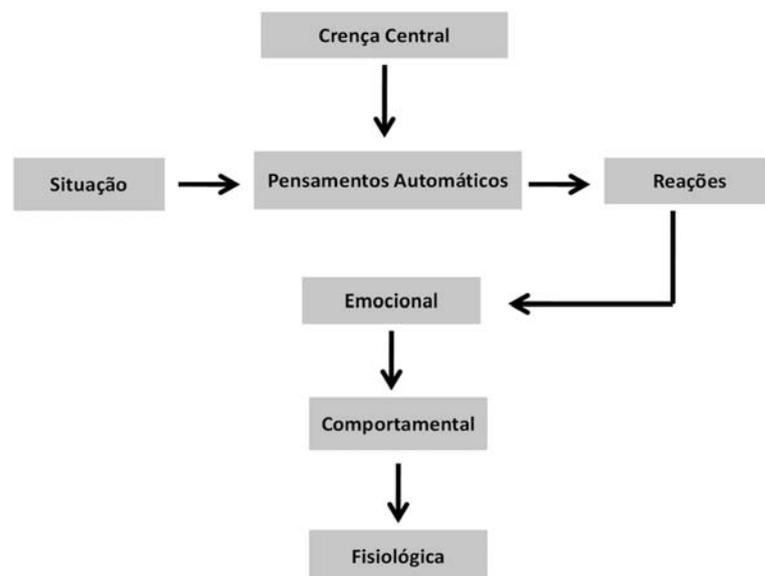
---

## INTRODUÇÃO: DO OCIDENTE À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O futuro da humanidade ficará mais próximo da abordagem reflexiva, da meditação e da visão holística, pois o encontro do Ocidente com o Oriente só se faz possível por meio deste caminho, o caminho da verdade plena. (Osho, 1989).

Embora exista mais de 25 tipos distintos de terapia cognitiva no mundo (ABREU, 2004 apud LEONARDI, 2007), indubitavelmente o modelo desenvolvido pelo psiquiatra norte-americano Aaron T. Beck, seguramente é o mais conhecido, com maior credibilidade científica e o que vem demonstrando grande eficácia no tratamento de diversos transtornos psicológicos. Frequentemente confundida com a Terapia Comportamental, que é basicamente uma terapia de condicionamento e aprendizagem, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), nada mais é do que a utilização de algumas técnicas da terapia comportamental como um meio para atingir a reestruturação cognitiva.

Em resumo, a terapia cognitiva *Beckiana* enfatiza que os eventos cognitivos (crenças centrais, crenças intermediárias, pensamentos automáticos) são as variáveis determinantes dos comportamentos e dos sentimentos; conseqüentemente, o recorte da sua intervenção é *internalista*. Enquanto a terapia comportamental, embora atribua extrema importância para os eventos privados no *setting* clínico, assevera que é nas relações com o ambiente externo que devem ser buscadas as explicações pertinentes para todo e qualquer comportamento; ou seja, o recorte da análise e da intervenção é *externalista*. (ibidem).



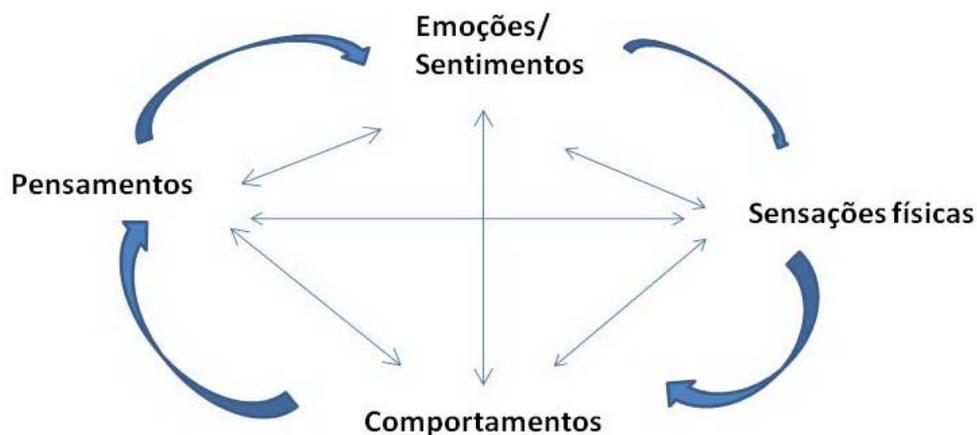
**Figura 1:** Os pensamentos automáticos também influenciam o comportamento e frequentemente, conduzem uma resposta fisiológica. (BECK, 1997).

Segundo alguns dos principais preceitos da TCC, os comportamentos e os sentimentos são determinados pelos processos de pensamento, ou cognições, caracterizadas em crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos (**Figura 1**). As crenças centrais são estruturas cognitivas constituídas pelas convicções básicas que cada indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo (por exemplo, "eu sou imprestável"). As crenças intermediárias são

compostas por regras e suposições e, em geral, assumem formato de dever (por exemplo, "eu tenho que tirar a melhor nota da classe"). Os pensamentos automáticos, que se desenvolvem a partir das crenças centrais, são interpretações imediatas, rápidas, espontâneas e involuntárias das experiências (por exemplo, "serei reprovado na entrevista de trabalho") (FALCONE, 2001 apud LEONARDI, 2007).

A Terapia Cognitiva de Beck propõe, portanto, que as nossas emoções, assim como os nossos comportamentos não são simplesmente influenciados por eventos e/ou acontecimentos, mas sim pela forma através da qual processamos, percebemos e atribuímos significados às situações (**Figura 2**). Por conseguinte, através desses conceitos, o ser humano é um ser ativo, em uma busca constante por significados e explicações. Quando pensamos, por exemplo, estamos também interpretando essa realidade e a nós mesmos.

Embora a maioria das pessoas não se dê conta, toda e qualquer emoção é acompanhada por pensamentos e, mais do que isso, é gerada pelos mesmos. Isto pode ser difícil de perceber, porque além das emoções poderem variar diversas vezes ao dia – dificultando prestar atenção na alteração das mesmas – pode parecer também que elas surgem do nada, sem influência alguma da pessoa. No caso específico da depressão, onde as variações de humor são pouco frequentes, a pessoa pode ter menos idéia ainda do que a gera e mantém. (GARCIA, 2009).

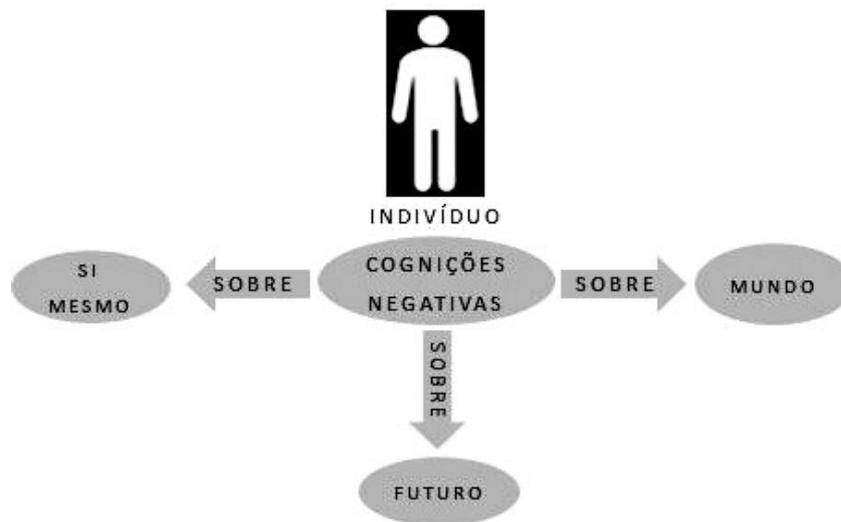


**Figura 2:** Modelo Cognitivo (BECK, 1997)

Valendo-se da base empírica para a teoria da melancolia cunhada primeiramente por Freud, Beck desenvolveu variados estudos sobre a depressão até chegar a conclusão de que os sintomas psicopatológicos dos pacientes depressivos, seriam mais bem explicados através do exame dos seus pensamentos conscientes. Dessa forma – ao revés de tentar trazer a tona desejos reprimidos e motivações inconscientes – Beck elaborou um tratamento para depressão com intento de

auxiliar os pacientes a solucionarem seus próprios problemas momentâneos, mudarem seus comportamentos e responderem de forma adaptativa a seus pensamentos disfuncionais.

As descrições dos pacientes sobre eles mesmos e sobre suas experiências evidenciavam pensamentos e visões negativas de si, de suas vivências, do mundo e do seu futuro. Beck então denominou esse fenômeno de *Tríade Cognitiva* (**Figura 3**). Além dos pensamentos que manifestavam a maneira na qual atribuímos significados as situações, bem como as distorções que fazemos da realidade, chamou de *Pensamentos Automáticos*, visto que não precisam ser motivados pelas pessoas para emergirem, surgiam como resultado da forma do indivíduo interpretar as situações cotidianas, ou seja, o que fica “gravado” como importante não é o que está acontecendo, mas a visão do indivíduo sobre aquele fato. Para Beck, tais visões demonstram distorções cognitivas da realidade vivida.



**Figura 3:** Tríade Cognitiva de Beck para Depressão (Adaptado de BARLOW, 2008).

A partir do aprofundamento na origem desses pensamentos automáticos, é possível chegar às crenças centrais do indivíduo, que são as idéias mais fixas e enraizadas, oriundas do processo de desenvolvimento e formação do indivíduo desde a infância, aceitas por eles como verdades absolutas. As distorções cognitivas influenciam a resposta emocional, comportamental e fisiológica. Pessoas com transtornos psicológicos, por exemplo, freqüentemente interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas; seus pensamentos automáticos são tendenciosos. Surge, então, o raciocínio teórico subjacente da terapia cognitiva de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são amplamente determinados pelo modo como ele estrutura o mundo (cognições/pensamentos).

De acordo com Beck (1982 apud LOPES, 1998), a TCC é uma terapia ativa, diretiva, estruturada e limitada no tempo, cujos objetivos principais são: ensinar o paciente a reconhecer as cognições negativas e as conexões entre cognição, afeto e comportamento; examinar as

evidências contra e a favor de pensamentos que são automaticamente distorcidos, imaturos e a substituir estas cognições por interpretações mais orientadas para a realidade. A ênfase da experiência consciente subjetiva proveniente do movimento fenomenológico, das teorias comportamentais e dos trabalhos de Alfred Adler, George Kelly e Albert Ellis forneceram alguns dos conceitos básicos para a terapia cognitiva.

A Terapia Cognitiva tem suas origens em correntes filosóficas e religiões antigas como o estoicismo grego, taoísmo e budismo que postulavam a influência das idéias sobre as emoções. Afirmavam que os homens não eram perturbados pelas coisas, mas sim pela visão que tinham das mesmas, e que as idéias não só podiam controlar os sentimentos mais intensos de uma pessoa, como também eram capazes de modificá-los. (BECK apud ibidem).

## A PSICOLOGIA ORIENTAL & A TCC

Enquanto a psicologia ocidental direcionava todos os seus esforços no intento de se posicionar no mesmo patamar da medicina; a fim da obtenção de crédito nas comunidades científicas, a *Shinrigako* (a psicologia sob a ótica Oriental) sempre deteve uma visão mais holística sobre o universo: buscando a compreensão do homem e do meio ao qual ele está inserido, como um todo inseparável, integrado e como um mesmo organismo.

De acordo com Osho (1989) o problema com as terapias desenvolvidas no Ocidente é que elas estão limitadas a tentar tratar a mente, ao passo em que o Oriente há muito compreendeu que a própria mente, ou melhor, nossa identificação com ela, é o problema. As terapias podem ser úteis – como os estágios catárticos das meditações que desenvolveu – para aliviar as pessoas de suas emoções e medos reprimidos, e para auxiliá-las a se perceberem mais claramente. Porém, a não ser que comecemos a nos desapegar dos mecanismos da mente e suas projeções, desejos e medos, iremos sair de um buraco somente para cair num outro. A terapia, portanto, deve andar de mãos dadas com o processo de desidentificação e testemunho, conhecido como meditação.

A palavra meditação, etimologicamente, deriva do latim, *meditare*, que significa desligar-se do mundo exterior e voltar a atenção para dentro de si. Também chamada de intuição linear, a meditação consiste num mecanismo que possuímos para veicular a consciência. Mecanismo que está localizado acima do organismo mental. Encontra-se no meio de dois pólos; a concentração e a contemplação. Nas filosofias religiosas do oriente, a meditação é vista como um estado que ultrapassa o intelecto, onde a mente é posta em silêncio para dar lugar à contemplação espiritual. Esse "calar a mente" induz uma volta ao centro para o vazio interior.

Ainda sobre meditação, Osho (1989) complementa afirmando que a meditação é simplesmente um artifício para torná-lo consciente de seu verdadeiro eu – que não é criado por

você – que não precisa ser criado por você, porque você já é. Você nasceu com ele. Você é ele! Ele precisa ser descoberto. Se isso não é possível, ou se a sociedade não permite que isso aconteça – e nenhuma sociedade permite que aconteça – porque o eu verdadeiro é perigoso: perigoso para a igreja estabelecida, perigoso para o estado, perigoso para a multidão, perigoso para a tradição, porque quando um homem conhece seu eu verdadeiro, ele se torna um indivíduo. Ele não faz mais parte da psicologia das massas; ele não será supersticioso, e não poderá ser explorado e guiado como gado, ele não poderá ser ordenado e comandado.

A Filosofia do *Yoga* como prática meditativa refere-se à ciência de respirar bem e ensina a consciência da respiração para acalmar a mente e o estado emocional. O *Yoga* recomenda a respiração abdominal, também chamada de respiração diafragmática. Existe uma relação entre a respiração e o nosso estado emocional. Quando estamos calmos, por exemplo, respiramos tranquilamente, ao contrário, quando estamos ansiosos, nossa respiração fica mais agitada. A respiração e a mente estão intimamente ligadas. Ao aquietar sua respiração, sua mente automaticamente se acalma. Valendo-se desses conceitos podemos vislumbrar sólidas confluências entre as práticas orientais inseridas em algumas técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental:

Seja para enfrentar situações amedrontadoras, para ajudar a prevenir ataques de pânico ou mesmo para relaxar durante momentos cotidianos, uma técnica muito utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental é a Respiração Diafragmática, que envolve respirar utilizando os músculos do diafragma, aumentando assim a captação de oxigênio pelos pulmões. Como consequência, a pessoa se sente mais calma e a ansiedade é diminuída [...] Outra técnica utilizada pela TCC que também possuem semelhança com essas atividades é o Relaxamento Muscular Progressivo, que envolve relaxar o paciente a fim de ajudá-lo a perceber seu corpo em relaxamento. (EPAMINONDAS, 2009).

Ainda sobre a eficácia dessas técnicas, entretanto, utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG), Heldt (2008) destaca que a TCCG tem por objetivo corrigir as interpretações errôneas catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e evitações. As primeiras sessões são dedicadas para a compreensão cognitiva do medo e a aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade:

**1. Respiração diafragmática:** orienta-se o paciente de que a respiração deve partir do diafragma, inspirando pelas narinas uma quantidade suficiente de ar e expirando pela boca. Os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração, contando-se até três para cada fase: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração. Devem-se utilizar os músculos do abdome, sem movimentar o tórax (empurrando o abdome para fora enquanto inspira e contraindo-o para dentro enquanto expira). Para que o paciente aprenda essa nova forma de respirar, recomendam-se a sua prática várias vezes na ausência de sintomas de ansiedade, estando

sentado ou deitado, a fim de observar a movimentação abdominal e concentrando-se na contagem dos movimentos.

**2. Relaxamento muscular:** é um exercício que envolve a prática de tensão e relaxamento progressivo dos principais grupos musculares do corpo. Inicialmente, orienta-se ao paciente a postura confortável para a prática do exercício. Posteriormente, que feche os olhos e focalize a sensação de tensão, que deve iniciar nos pés, passando pelas pernas, quadris, abdome, mãos, braços, ombros e pescoço até chegar à face. Mantém-se essa tensão por um período de 5 a 10 segundos e, então, relaxam-se todos os músculos ao mesmo tempo. Deve-se induzir a descoberta das sensações de conforto que surgem após o relaxamento. O paciente pode repetir várias vezes o exercício, até que se sinta completamente relaxado, inclusive mentalmente, pensando em algo agradável e respirando lentamente. Após 1 ou 2 minutos, pode-se abrir os olhos e alongar os músculos, movendo-os lentamente.

No entanto, dentro das técnicas psicoterapêuticas interventivas mais utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental com fundamentações em práticas orientais, destacam-se, atualmente, a *Mindfulness*, como promitente recurso para redução de estresse e prevenção de recaída de depressão e a *Dialectical Behavior Therapy* (Terapia Comportamental Dialética) com maior eficácia nos casos de Bulimia Nervosa, Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e Transtorno de Personalidade *Borderline*.

De acordo com Linehan (1993 apud NUNES-COSTA, 2009) a Terapia Comportamental Dialética (TCD) assenta em princípios Cognitivo-Comportamentais multimodais e foi originalmente desenhada para o tratamento do transtorno de personalidade *Borderline*, sendo a sua aplicação terapêutica conduzida sob a alçada de uma epistemologia dialética. Inspirada no budismo a TCD consiste em manter uma atenção ampla e tolerante dirigida a todos os fenômenos que se manifestam conscientemente ao seu entorno. Atualmente, a *American Psychiatric Association* assume a TCD como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de transtorno. A lógica dialética da terapia envolve a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades – por exemplo, pelo recurso a estratégias como o *Mindfulness*, ao mesmo tempo em que faz uso das suas competências para a modificação dos comportamentos desajustados – por meio de um componente didático, análise metódica e interativa das cadeias comportamentais, entre outras estratégias comportamentais.

No que se refere a estudos sobre a eficácia da TCD em populações diagnosticadas com transtorno da compulsão alimentar periódica, Telch et al (2000 apud NUNES-COSTA, 2009) apresentaram o primeiro estudo controlado, evidenciando que 89% dos indivíduos do grupo sujeito às estratégias dialéticas cessaram os comportamentos de compulsão alimentar periódica até quatro semanas após o término da intervenção, em comparação com apenas 12,5% do grupo-controle. Evidenciaram-se ainda melhoria significativa da imagem corporal e redução da preocupação relativa à alimentação nos participantes submetidos a TCD. Uma pesquisa realizada

por Wilfley et al.(2002 apud ibidem), demonstrou também uma redução significativa no número de **Binge**<sup>1</sup> e dos atos purgativos.

Com base nas práticas espirituais zen, o *Mindfulness* poderá ser considerado o âmago da TCD. Essa estratégia, uma vez praticada em contexto terapêutico e aplicada pelos pacientes na sua realidade contextual, permite-lhes experienciar emoções sem que eles reajam por meio de comportamentos alimentares desajustados. Essa técnica facilita o acesso a uma *wise mind* (mente sábia), num equilíbrio entre razão e emoção, permitindo-lhes vivenciar, observar e descrever uma experiência num determinado momento, num equilíbrio entre a experiência emocional e um raciocínio lógico, enfatizando o que é efetivo, e não sob coação de pensamentos dicotômicos envolvendo julgamento de valores morais. (FEIGENBAUM, 2007 apud NUNES-COSTA, 2009).

---

**Binge**<sup>1</sup>: Refere-se a ingestão repetida de grande quantidade de alimentos, característica comum no transtorno da compulsão alimentar periódica

Kabat-Zinn (1990 apud VANDENBERGHE, 2006) define *Mindfulness* como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Manter-se em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro. Originário das práticas meditativas orientais, o *Mindfulness* passou a fazer parte da medicina comportamental a partir dos programas de redução de estresse e das técnicas de prevenção de recaídas da depressão.

Tradicionalmente, o programa de redução de estresse é feito com grupos de 30 pacientes, com 8 sessões semanais, e com duração de cerca de 2 horas cada. O treino inclui muitas tarefas de casa. Cada participante é solicitado a dedicar até uma hora diária à prática e a planejar um dia intensivo de *Mindfulness* por semana. Ocorre através de exercícios formais e informais. Teasdale propõe um modelo psicológico detalhado – o modelo de subsistemas cognitivos interativos - para fundamentar o uso do treino de *Mindfulness* na prevenção de recaída da depressão em pessoas que passaram com sucesso pela terapia cognitiva. (KABAT-ZINN, 1990; TEASDALE, 1999 apud VANDENBERGHE, 2006).

Assim, enquanto o *Mindfulness* promove uma mudança geral na maneira de lidar com eventos privados, Beck (1995) e Ellis (1974 apud ibidem) ensinam a modificação de crenças irracionais e distorções cognitivas específicas. O cliente aprende a observar e identificar os pensamentos depressogênicos, distorções cognitivas e crenças irracionais e a corrigi-los. Porém, como salientam Segal, Teasdale e Williams (2004 apud ibidem), há um aspecto de *Mindfulness* que já estava implicitamente presente nestas terapias: participando do trabalho de reestruturação

cognitiva, o cliente logo aprende que o pensamento sobre si mesmo não é a representação correta da realidade. Aprende que as mudanças em suas atitudes influenciam suas reações emocionais. Também descobre que pode pensar diferentemente e que os conteúdos dos seus pensamentos, longe de serem informações objetivas e confiáveis, são produções subjetivas dele próprio.

Desta forma, a terapia cognitivo-comportamental tradicional implicitamente promove mudanças amplas na relação que a pessoa mantém com seus pensamentos. Como resultado de repetidamente identificar pensamentos, crenças e distorções e tomar uma atitude crítica em relação a estes, o cliente pode realizar uma mudança geral em sua perspectiva para com os eventos cognitivos. Ao invés de vê-los como atributos de si mesmo ou representações de fatos, acaba vendo-os como eventos internos que não possuem necessariamente valor literal. É possível que esta similaridade no nível prático (apesar da inovação teórica) tenha facilitado a rápida absorção de *Mindfulness* na tradição cognitivo-comportamental. (VANDENBERGHE, 2006).

## CONCLUSÕES

O Universo é um organismo vivo e dinâmico, constituído de uma energia cósmica primordial da qual derivam, por condensação e diferenciação, todas as coisas existentes. O organismo humano é uma réplica do Universo e como tal está sujeito a mesma leis que regem a Natureza. Deste modo o corpo humano não apenas ‘contém’ energia: ele ‘é’ energia manifestada como matéria sólida viva. (CANÇADO, 1993 apud SANTOS, 2009).

De acordo com Santos (2009), a diferença na visão de mundo, nas origens e na história existente entre o ocidente e o oriente nunca foi – nem deve ser considerado – um empecilho que desencoraje o estudo ou impeça a aplicação prática dos conceitos orientais à nossa realidade sociocultural. É pela própria diferença que se podem encontrar alternativas para questões até então insatisfeitas e, para certos problemas aos quais a psicologia ocidental apresenta limitações. Por conseguinte – e valendo-se de sua eficácia comprovada sobre alguns transtornos psicológicos – as práticas orientais reutilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como o *Mindfulness*, a Terapia Comportamental Dialética (TCD), a Respiração Diafragmática e o Relaxamento Muscular Progressivo, representam não só um acréscimo relevante no arsenal de suas técnicas interventivas, como também – proporcionam aos seus pacientes – uma maior variedade de recursos disponíveis ao decurso do processo terapêutico.

## REFERÊNCIAS

BAHLS, Saint-Clair; NAVOLAR, Ariana. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos E Pressupostos Teóricos*. Disponível em: <[www.utp.br/psico.utp.online](http://www.utp.br/psico.utp.online)>. Acesso em 17 Mai. 2011.

BARLOW, H. David, DURAND, V. Mark. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Trad: Roberto Galman. 4ª edição. São-Paulo: Cengage Learning, 2008.

BECK, Judith. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CORDIOLI, Aristides. *Crenças Disfuncionais E O Modelo Cognitivocomportamental, No Transtorno Obsessivo Compulsivo*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/toc/crencas.pdf>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

**Erro! A referência da hiperligação não é válida.**, Felipe. *Tratamento para ansiedade: Respiração? Yoga? Meditação?* Disponível em: <<http://scienceblogs.com/mt/pings/120238>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

GARCIA, Thaís. *Bases da Terapia Cognitivo-Comportamental*. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26814/1/Bases-da-Terapia-Cognitivo-Comportamental--TCC/pagina1.html>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

GUIMARÃES, Carlos. *Psicologia Holística*. Disponível em: <<http://an.locaweb.com.br/Webindependente/psicologia/index.htm>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

HELDT, Elizeth. *Utilização De Técnicas Da Terapia Cognitivo-Comportamental Em Grupo Para Pacientes Com Sintomas Residuais Do Transtorno De Pânico*.

HIPÓLITO, João. *"A Pessoa como Centro"*. Revista de Estudos Rogerianos Nº. 3. Maio 1999.

INSTITUTO Osho Brasil. *Quem é Osho?* Disponível em: <<http://www.oshobrasil.com.br/Osho.htm>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

LACERDA, Luiz. *Ferramentas para uma Psicologia mais humana*. Disponível em: < [http://www.rakiram.org/conteudo/artigos/artigo\\_ferramentas\\_psicologia\\_humana.pdf](http://www.rakiram.org/conteudo/artigos/artigo_ferramentas_psicologia_humana.pdf) >. Acesso em 17 Mai. 2011.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamento de metodologia científica*. 3. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991.

LEONARDI, Jan. *Breves considerações acerca do modelo de causalidade da terapia cognitiva e da terapia analítico-comportamental*. Disponível em: < [www.redepsi.com.br](http://www.redepsi.com.br) >. Acesso em 17 Mai. 2011.

LOPES, Vera. *Terapia cognitivo-comportamental da depressão na prática clínica: o modelo de Aaron Beck*. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul; 20(3): 22-8, set.-dez. 1998.

MINATOGAWA, Taís. *Aspectos culturais e a aplicação da terapia cognitivo-comportamental: estudo de caso*. Rev. bras.ter. cogn., dez. 2005.

NUNES-COSTA, Rui. *Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica*. J. Bras. psiquiatr. [serial on the Internet]. 2009 [cited 2010 May 28]; 58(2): 122-127. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000200010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200010&lng=en). doi: 10.1590/S0047-20852009000200010.

OSHO. *Meditação - a primeira e a última liberdade*. Porto Alegre: Shanti, 1989.

POLI, Ricardo. *Meditação*. Revista Free X Set. 2007. Disponível em: <[www.uni-yoga.org](http://www.uni-yoga.org)>. Acesso em 17 Mai. 2011.

REIS, Priscila. *Prática e Pressupostos Teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental*. Disponível em: <<http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisas/2009/artigos/psicologia/salao/489.pdf>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

*RELATÓRIO Final De Projetos De Pesquisa: Modelo De Apresentação De Artigo Científico*. Disponível em: < <http://www.cav.udesc.br/anexoI.doc>>. Acesso em 17 Mai. 2011.

RIVERO, Alexandre. *Fundamentação Teórica: Psicologia Cognitiva*. Disponível em: < <http://www.alexandrivero.com.br/cog.htm> >. Acesso em 17 Mai. 2011.

SANTOS, Analyce. *Elementos De Psicologia No Pensamento Oriental*. Disponível em: <  
<http://www.centrobrasileiro.com.br/biblioteca/acupuntura/portugues/050.pdf> >. Acesso em 17  
Mai. 2011.

SILVA, Cláudio; SERRA, Ana. *Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química*. Rev. Bras. Psiquiatr. [serial on the Internet]. [cited 2010 May 28]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500009&lng=en). doi: 10.1590/S1516-44462004000500009.

STARLING, Emilce. *Relaxe através da respiração consciente*. Disponível em: <  
[http://www2.uol.com.br/vyaestelar/respirar\\_consciente.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/respirar_consciente.htm) >. Acesso em 17 Mai. 2010.

TAVARES, Lorine. *Abordagem Cognitivo-Comportamental No Atendimento De Pacientes Com História De Depressão E Déficit Em Habilidades Sociais*. Disponível em: <  
[www.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf](http://www.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf) >. Acesso em 17 Mai. 2011.

VANDENBERGHE, Luc e SOUSA, Ana Carolina Aquino de. *Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais*. Rev. bras.ter. cogn., jun. 2006, vol.2, no.1, p.35-44. ISSN 1808-5687.