



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Dificuldades no estabelecimento de metas em terapia cognitiva:

Diferenças entre psicólogos experientes e iniciantes

Bruna Jalles Peixoto Lima

Brasília, maio de 2016.

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Dificuldades no estabelecimento de metas em terapia cognitiva:

Diferenças entre psicólogos experientes e iniciantes

Bruna Jalles Peixoto Lima

Orientadora: Profª. Dra. Goiara Mendonça de Castilho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento, do Departamento de Processos Psicológicos Básicos, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Comportamento (Área de concentração: Cognição e Neurociência do Comportamento).

Brasília, maio de 2016.

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Banca Examinadora

Presidente:

Profa. Dra. Goiara Mendonça de Castilho, Presidente.
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento
Departamento de Processos Psicológicos Básicos (UnB)

Membro Externo:

Profa. Dra. Sheila Giardini Murta
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
Departamento de Psicologia Clínica (UnB)

Membro Interno:

Prof. Dr. Gerson Américo Janczura
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento
Departamento de Processos Psicológicos Básicos (UnB)

Membro Suplente

Prof. Dra. Fabiana Vieira Gauy
Psicóloga Clínica
Instituto Brasiliense de Terapia Cognitiva

Agradecimentos

Por um apoio incomensurável, eu gostaria de agradecer a diversas pessoas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Ângela e George, ao meu padrasto, Juca, e a minha irmã, Luiza, aos meus amigos Rodolfo Rocha, Bruno Amui, Ana Paula Morais, Fernanda Duarte, Marcella Albo e Rafael Moore. Aqui confundo família com amigos e vice-versa. Obrigada pelo apoio em todos os momentos de loucura e desespero – ou seja, todos os momentos. Vocês são pessoas maravilhosas. Esse trabalho só se concretizou porque eu tinha vocês ao meu lado, acreditando em mim.

Gostaria também de agradecer a minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Goiara Castilho, que, com paciência, leveza e gosto pelo que faz, me orientou no sentido mais puro da palavra. Você, professora, me conduziu durante a realização do trabalho com muito afincamento e suporte. Obrigada pelo ensino de como ser uma pesquisadora.

Por todo o amor, carinho e felicidade que me proporciona, eu gostaria de agradecer ao meu namorado, Douglas. Você é um parceiro de verdade. Obrigada por sempre me apoiar e me dar espaço para resolver meus problemas.

Gostaria de agradecer ainda à CAPES pelo financiamento do meu mestrado. Pela participação no processo da minha formação como psicóloga e mestra, gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Gerson Janczura. Gostaria também de agradecer às Prof^ª. Dr^ª. Sheila Murta e Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Gauy por aceitarem o convite para participarem da minha banca.

Por fim, gostaria de agradecer ao meu chefe, Carlos Eduardo Portela, por me dar ótimos conselhos e estabelecer contato com o CTC-Veda, fundamental para a coleta de dados.

Sumário

Resumo	7
Abstract	8
Parte I	9
Questionário sobre a elaboração da Lista de Problemas e Metas (LPM) por terapeutas cognitivo-comportamentais	9
Objetivos	15
Método	16
Participantes	16
Instrumento	16
Procedimentos de Coleta	18
Procedimentos de Análise	19
Resultados	19
Análise Quantitativa	19
Uso da LPM em Terapia	21
Relação da LPM com transtornos específicos	21
Aspectos da abordagem que facilitam a construção da LPM	22
Autoavaliação de habilidades	24
Análise Qualitativa: Categorias de respostas	25
Principais dificuldades e soluções adotadas	25
Dificuldades e facilidades específicas do psicoterapeuta	28
Dificuldades específicas do paciente e estratégias utilizadas	31
Discussão	34
Parte II	38
A construção da Lista de Problemas e Metas (LPM) e sua relação com a experiência	

do terapeuta: Um estudo experimental

Objetivos e Justificativa	46
Hipóteses de Estudo	47
Método	49
Participantes.....	49
Delineamento	50
Materiais	50
Procedimentos	52
Resultados	53
Discussão	54
Conclusão Geral	57
Referências	62
ANEXO A: Questionário sobre a Lista de Problemas e Metas.....	70
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parte I).....	75
ANEXO C: Caso Objetivo.....	76
ANEXO D: Caso Subjetivo	77
ANEXO E: Instrumento Desenvolvido no <i>Acess</i> ® (<i>print screen</i>).....	78
ANEXO F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parte II)	79

Resumo

O presente estudo foi composto por duas etapas, sendo que o objetivo da Etapa I foi identificar as dificuldades inerentes ao processo de estruturação da Lista de Problemas e Metas (LPM) entre psicoterapeutas cognitivo-comportamentais, assim como esboçar um perfil sobre a formação desses profissionais. Uma amostra de 14 psicoterapeutas (93% deles especialistas e 7% em especialização), todos agremiados a Associações Profissionais brasileiras, respondeu a um questionário *online* sobre o uso da LPM em TCC, que incluía os transtornos que dificultam essa prática, aspectos da abordagem terapêutica que a facilitam e a dificultam, estratégias para aperfeiçoar o desempenho nessa tarefa e uma autoavaliação de suas habilidades na execução da lista. Dentre os diversos aspectos complicadores citados, selecionou-se a subjetividade da apresentação da queixa e a associação a transtornos como elementos a serem explorados na Parte II deste estudo. Entre os aspectos relevantes para a estruturação da LPM, foram consideradas como mais relevantes a aliança terapêutica e a motivação do paciente. Quanto à formação, o perfil dos terapeutas indica profissionais que pouco investem em cursos de pós-graduação *stricto sensu* e um maior investimento em especialização entre terapeutas com 4 a 9 anos de experiência. O objetivo da Parte II foi comparar o desempenho de terapeutas com diferentes tempos de prática ($\leq 5,9$ anos e ≥ 6 anos) quanto à elaboração da hipótese diagnóstica e número de metas propostas, dadas 2 versões de um caso clínico fictício de Transtorno de Personalidade Esquiva. Os casos clínicos se diferenciavam quanto ao grau de objetividade no relato do caso, sendo apresentado um caso subjetivo, onde os sintomas eram pouco explicitados e um caso objetivo, cujos sintomas foram organizados de acordo com os critérios diagnósticos descritos no DSM-5 (2014). Era esperado que terapeutas mais experientes apresentassem maior taxa de acerto quanto ao diagnóstico e um maior número de metas pertinentes em função de um conjunto mais extenso e organizado da informação armazenada na memória de longo-prazo. Por fim, foi proposta uma tarefa de autoavaliação para mensurar a dificuldade na tarefa apresentada. Os resultados não evidenciaram quaisquer diferenças significativas quanto ao número de metas propostas e medidas de autoavaliação consideradas à luz das hipóteses principais. Quanto à hipótese diagnóstica, 89% dos participantes consideraram o caso descritivo como um Transtorno de Ansiedade Social, um quadro bastante prevalente na população clínica e comórbido com o Transtorno de Personalidade Esquiva. Observou-se, no entanto, um efeito de interação na medida de autoavaliação, quando consideradas conjuntamente as variáveis tempo de experiência e tipo de caso, sendo que o caso subjetivo foi avaliado como mais difícil pelo grupo de terapeutas mais experientes e o caso objetivo avaliado como mais difícil entre os terapeutas menos experientes, confirmando parcialmente a hipótese para essa interação. Os resultados foram discutidos considerando a possibilidade do presente estudo não ter considerado aspectos relativos à validade ecológica e comorbidade do transtorno. São sugeridos estudos longitudinais, aprimoramento do instrumento desenvolvido como entrevista semiestruturada e gravação de sessões reais para avaliação da competência de construção da lista.

Palavras-chave: Lista de Problemas e Metas, Terapia Cognitivo-comportamental, *expertise*.

Abstract

This study consisted of two stages. The objective of Phase I was to identify the difficulties inherent to the process of structuring the Problems and Goals List (LPM) by cognitive-behavioral psychotherapists, as well as outlining a profile of their training. A sample of 14 psychotherapists (93% of experts and 7% in training), all enrolled in Brazilian professional associations, responded to an online questionnaire about the use of the LPM in therapy, disorders that hinder this practice, aspects of therapeutic approach that facilitate and hinder strategies to optimize performance in this task and made a self-assessment of their skills in the execution of the list. The most relevant aspects for structuring the LPM were the therapeutic alliance and the patient's motivation. The profile identified indicates professionals who invest little in *stricto sensu* postgraduate courses and increased investment in specialization among therapists with 4-9 years of experience. Among the many complicating aspects cited, the subjectivity and the association with disorders were picked to be experimentally explored in the Phase II of this study. The objective of Phase II was to compare the performance of therapists with different times of practice ($\leq 5,9$ years and ≥ 6 years) and the development of the diagnosis and number of proposed goals, given two versions of a fictitious clinical case of Avoidant Personality Disorder. The clinical cases differed in the degree of objectivity of the case reported, where a subjective case included the symptoms presented in a less explicit way and the objective case presented the symptoms organized accordingly to the diagnostic criteria described in the DSM-5. It was expected that more experienced therapists achieved a greater rate of success on the establishment of the diagnosis and a greater number of relevant goals due to a more extensive and organized set of information stored in long-term memory. Finally, the study proposed a self-assessment task to measure the difficulty presented in setting goals for the case. The results did not show any significant differences in the number of proposed goals and self-assessment measures considered in the light of the main hypotheses. As for the hit rate, 89% of participants classified the case as a Social Anxiety Disorder, a high prevalent case in clinical population and highly comorbid with Avoidant Personality Disorder. It was observed, however, an interaction effect on the measure of self-evaluation, when were considered together variables such as experience time and the case type. The subjective case was evaluated as more difficult by the group of experienced practitioners and objective case was evaluated as more difficult among the least experienced therapists. These results were contrary to the hypothesized expectations and were discussed evaluating the possibility of the lack of consideration due the aspects of ecological validity and the prevalence of the comorbid disorder. Longitudinal studies, an improvement of the instrument developed as semi-structured interviews and recording sessions for actual assessment of the LPM are suggested.

Keywords: List of Issues and Goals, Cognitive Behavioral Therapy, expertise.

Parte I: Questionário sobre a elaboração da Lista de Problemas e Metas (LPM) por terapeutas cognitivo-comportamentais

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem que pode ser compreendida como uma teoria clínica de processamento da informação, uma vez que estilos cognitivos, ou padrões específicos de processamento, influenciam o estabelecimento e manutenção de estados maladaptativos tais como os quadros de ansiedade e depressão (A.T. Beck, 2005; A.T. Beck & Alford, 2000; A.T. Beck & Bredemeir, 2016; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

De acordo com J.S. Beck (2013), o modelo clássico de terapia cognitiva pressupõe a existência de crenças, que são estruturas organizacionais de representações de si, do mundo e do futuro. Tais representações constituem a tríade cognitiva (A.T. Beck & Alford, 2009; A.T. Beck & Bredemeier, 2016) e apresentam relações bidirecionais com os comportamentos, emoções e reações fisiológicas dos indivíduos (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013). As crenças, frequentemente, são reveladas por meio de pensamentos automáticos, uma categoria de pensamentos não deliberativos, mais acessíveis à consciência e geralmente contextualizados (J.S. Beck, 2013; Knapp & Beck, 2008). Além disso, as crenças e pensamentos automáticos funcionam como filtros para o processamento da informação. Por exemplo, ao receber uma nota baixa em uma disciplina (situação/contexto), uma pessoa deprimida pode ter o pensamento automático de que não terá condições de continuar o curso (“*Eu falhei... não conseguirei terminar o curso*”), abandonando-o (comportamento). Esse pensamento pode refletir, por exemplo, uma crença de desamparo, frequentemente associada a quadros de depressão (J.S. Beck,

2013; A.T. Beck & Bredemeier, 2016). Em outros quadros, como aqueles de ansiedade ou de transtornos de personalidade, essas crenças podem ter conteúdos diferentes.

Compreender como as cognições se relacionam aos comportamentos ou como modulam os estados emocionais é a tarefa básica do terapeuta que adota o modelo da TCC, principalmente se contextualizado na tradição da terapia cognitiva desenvolvida por Beck. Adicionalmente, a prática clínica é norteadada por alguns princípios, destacando-se sua duração breve, o estabelecimento de metas terapêuticas bem definidas (foco), seu caráter educativo, a estruturação das sessões e a participação ativa do paciente no processo terapêutico (J.S. Beck 2013; A.T. Beck & Alford, 2000).

Uma ferramenta técnica que auxilia na consolidação dos aspectos supracitados, segundo J.S. Beck (2013), é a Lista de Problemas e Metas (LPM) ou Lista de Problemas do Cliente (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2010). Essa lista é desenvolvida conjuntamente com o paciente no início do processo terapêutico e revista ao longo do mesmo. Dobson e Dobson (2011) e Lima et al. (2007) apontam que a LPM consiste em definir-se o problema do paciente (queixas), se estabelecer quais metas ele tem para esses problemas e quais etapas (submetas) devem ser cumpridas para resultar em melhora do quadro.

Adicionalmente, a LPM tem função de estruturar o planejamento das sessões, uma vez que o terapeuta a utiliza para escolher que procedimentos adotar, considerando a compreensão que o mesmo tem do caso clínico (Dobson & Dobson, 2011), distribuindo temas de sessão e tarefas de acordo com alguns critérios, como urgência, facilidade e dificuldade de trabalhar os problemas propostos. A LPM deve ser revista nas sessões de avaliação periódica, fornecendo subsídios para examinar se as metas preestabelecidas foram trabalhadas, qual a taxa de sucesso foi alcançada para cada uma

delas e o que deve ser reestruturado para o prosseguimento da terapia. Destarte, a elaboração da LPM configura um aspecto central da TCC, uma vez que facilita a consecução de vários aspectos inerentes à abordagem, a exemplo da instrumentalização do paciente, o treinamento em tarefas metacognitivas e avaliação do processo terapêutico por permitir comparar diferenças entre as metas propostas e metas alcançadas.

Considerando-se a relevância da LPM, questiona-se que aspectos são fundamentais para o seu desenvolvimento e que entraves podem ser encontrados pelos psicólogos ao estruturá-lo com seus pacientes.

Na tentativa de mapear as dificuldades na elaboração da LPM, é importante considerar ainda informações sobre a formação e capacitação dos terapeutas que a utilizam, dado que no Brasil, a prática clínica pode ser exercida sem a necessidade de uma formação complementar, conforme a legislação brasileira (Lei nº 4.119/1962). Ou seja, é possível que muitos psicólogos tenham suas atuações referendadas pelo modelo teórico da terapia cognitivo-comportamental sem um treinamento formalizado ou especialização em TCC. Tal fator pode contribuir para uma pobre instrumentalização, gerando dificuldades na estruturação da LPM. Esse cenário é bastante plausível, visto que a graduação em psicologia no Brasil tem diretrizes bastante generalistas (Resolução nº 5 de 2011, MEC). Por outro lado, para tornar-se um especialista em TCC ou em outra abordagem, um psicólogo deve totalizar, pelo menos, dois anos de prática ou ser aprovado em exame promovido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), conforme normatiza a Resolução 013/2007 do referido Conselho de entidade de classe.

Sendo a formação generalista ou especializada, a atuação do psicólogo deve ser passível de avaliação. Nesse sentido, já existem alguns mapeamentos de competências

gerais necessárias para o desenvolvimento de uma boa prática clínica na abordagem cognitiva-comportamental (Muse & McManus, 2013; Rakovshik & McManus, 2010). Ilustrando, Muse e McManus (2013) realizaram uma revisão sistemática de *avaliação* da competência. A competência é definida por elas como “*o grau em que um terapeuta demonstra conhecimento e habilidade gerais de terapia e específicas do tratamento, requeridas para realizar intervenções de TCC apropriadas ...*” (p. 485).

Nessa revisão, diversos instrumentos para medir competência do terapeuta são apresentados, como a Escala de Terapia Cognitiva (CTS), a Escala de Terapia Cognitiva Revisada (CTS-R), a Escala de Aderência e Competência de Terapia Cognitiva (CTAS)¹ e outras. As escalas são comparadas, de modo geral, no grau em que medem a base teórica do terapeuta, seu conhecimento prático (como aplicar e demonstrar isso hipoteticamente) e o conhecimento de prática clínica. Mais particularmente, essas escalas avaliam os itens que estruturam as sessões de TCC, como agenda, *feedback*, colaboração, tarefa de casa, identificação de cognições-chave, entre outros (Muse & McManus, 2013).

Outros fatores comumente medidos para avaliar a competência do psicoterapeuta cognitivo são a melhora que o paciente apresenta, a capacidade em formar aliança terapêutica, a integridade do tratamento (técnicas de TC “puras”), a experiência do terapeuta, a sua formação e o número de casos atendidos por ele (Bennett-Levy, 2006; Muse & McManus, 2013; Podell et al., 2013; Simons et al., 2010; Strunk, Hollars, Adler, Goldstein, & Braun, 2014; Webb et al., 2012). Esses outros fatores podem influenciar a prática clínica eficaz, no entanto, permanece vaga a

¹ *Cognitive Therapy Scale (CTS), Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R), Cognitive Therapy Adherence Scale (CTAS)* (traduções livres)

proporção em que cada um deles contribui para o tratamento, ou qual deles é preponderante.

Também as competências do paciente são avaliadas por escalas, indicando que, no cenário da pesquisa aplicada, instrumentos de medida tem se mostrado como ferramentas úteis, que podem permitir avanços para melhor treinamento de habilidades tanto de terapeutas quanto habilidades sociais dos pacientes. No que concerne às habilidades necessárias para que os pacientes se engajem em um processo de terapia cognitivo-comportamental eficiente, Strunk et al. (2014), por exemplo, desenvolveram uma Escala de Competências de Terapia Cognitiva (CCTS)². Essa escala é preenchida pelo terapeuta e pelo próprio paciente e versa sobre os sintomas apresentados antes e depois do tratamento. Os autores a correlacionaram com a redução ou extinção dos sintomas sofridos por meio de uma comparação pré e pós-terapia com escores na Escala de Depressão de Beck (BDI), na Escala de Depressão de Hamilton (HRSD) e na escala de Desempenho de Estratégias em Terapia Cognitiva (PCTS)³. As habilidades investigadas pela CCTS referem-se àquelas decorrentes de intervenções de reestruturação cognitiva, ou seja, modificação de comportamentos, emoções, crenças centrais e intermediárias, além de pensamentos automáticos.

É importante ressaltar que o paciente geralmente não possui conhecimento teórico e treinamento para realizar a análise metacognitiva sozinho e, segundo J.S. Beck (2013) e Dobson e Dobson (2011), ensinar tais conceitos e estruturação dos pensamentos para exploração própria é o que define a psicoeducação. O caráter didático é um dos aspectos fundamentais na clínica em TCC e preponderante para o sucesso terapêutico.

² *Competencies of Cognitive Therapy Scale (CCTS)* (tradução livre)

³ *Performance of Cognitive Therapy Skills Scale (PCTS)* (tradução livre)

Diante desse caráter educativo, é necessário que o terapeuta domine o conhecimento e os instrumentos utilizados na construção teórica da terapia cognitivo-comportamental. Instrumentos ou recursos são caracterizados na ciência positivista, segundo González-Rey (2005), como detentores de significados em si mesmos e formas universais de expressão do sujeito. Isso dá margem a sua utilização de maneira imprópria, que resulta num instrumentalismo ingênuo. A apropriação da LPM pelos terapeutas cognitivo-comportamentais, em oposição a isso, deve ser feita de maneira consciente, sabendo o mesmo adaptá-la à demanda trazida pelo paciente. É importante, portanto, que haja um treino na habilidade da construção da LPM para que seja evitado o supracitado instrumentalismo ingênuo.

O treino dessa habilidade de adaptação da demanda ao procedimento envolve o reconhecimento ou categorização dos sintomas pelo clínico, identificando no discurso do paciente os elementos que correspondem aos transtornos. Posteriormente, apresenta-se o diagnóstico ao paciente, educando-o quanto ao seu distúrbio sobre, por exemplo, o que é esperado em termos de sua duração, sintomas e curso. Durante o processo terapêutico são feitas conceitualizações cognitivas, que organizam as crenças centrais e intermediárias do paciente, suas estratégias compensatórias, pensamentos automáticos, exemplos de situações em que estes ocorrem e fatores de força do paciente (J.S. Beck, 2013; Kuyken et al., 2010). A conceitualização é uma forma de fortalecer e validar os ensinamentos da teoria e técnicas cognitivas quando compartilhadas com o paciente, constituindo-se como mais uma estratégia terapêutica do clínico para habilitar seu cliente a se tornar seu próprio terapeuta.

Faz-se necessária, então, a investigação de como a LPM, associada a outros fatores, pode se tornar um elemento estruturador do processo terapêutico na abordagem

cognitivo-comportamental, que facilite a elaboração sobre a demanda do paciente e sirva como diretriz da prática clínica, otimizando as chances de sucesso para o alcance das metas.

Objetivos

A Parte I deste trabalho tem como objetivo geral realizar um levantamento referente às dificuldades encontradas por terapeutas cognitivo-comportamentais na construção da LPM, sobre seu uso e quais estratégias os clínicos criam para lidar com esses obstáculos.

Como objetivos secundários há a investigação sobre aspectos da formação, investimentos em aprimoramento, como congressos e seminários, e/ou treinamento científico (ingresso em cursos de mestrado e doutorado) dos psicoterapeutas.

A potencialização do treinamento em TCC também (McManus, Westbrook, Vazquez-Montes, Fennell, & Kennerley, 2010; Muse & McManus, 2013) é um dos motivos que torna este trabalho relevante, visto que a partir do mapeamento das dificuldades de psicoterapeutas no desenvolvimento da LPM pode-se começar a pensar em soluções para elas e aprimorar a competência dos psicólogos. Isso gera, por sua vez, benefícios para os pacientes, permitindo avanços em um campo ainda pouco explorado pela pesquisa brasileira (foram encontrados apenas 57 resultados em uma pesquisa feita utilizando-se as palavras-chave “terapia cognitiva” na base de artigos Scielo em abril de 2016, sendo que vários destes artigos não se referem à abordagem).

Método

Participantes

Quatorze psicoterapeutas cognitivo-comportamentais participaram voluntariamente deste estudo, respondendo ao “Questionário sobre a Lista de Problemas e Metas”. Todos eram associados a Associação Brasileira de Psicoterapias Cognitivas (ABPC) e/ou a Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC).

Os psicólogos respondentes atuavam em diversas regiões do Brasil (exceto na região Norte) e tinham experiência de atendimento utilizando a abordagem variando entre 1 ano e mais de 10 anos.

Instrumento

Com o objetivo de identificar as dificuldades no estabelecimento de metas e as estratégias para solucioná-las, foi desenvolvido um questionário na plataforma Google Formulários. Ele foi denominado “Questionário sobre a Lista de Problemas e Metas” (ANEXO A) e era composto por 24 itens, sendo 18 fechados e 6 abertos, distribuídos em 4 páginas. Para os itens abertos, havia um espaço designado para a resposta ser digitada, sem limite de caracteres.

A primeira das quatro páginas do formulário continha o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE, ANEXO B), onde se explicitava o objetivo do estudo, a composição do questionário (quantidade de perguntas fechadas e abertas) e a duração aproximada da tarefa, estimada em 30 minutos. O TCLE também informava sigilo quanto à divulgação dos dados, os contatos da pesquisadora, de sua orientadora e do Comitê de Ética que aprovou a pesquisa.

A página seguinte continha perguntas sobre a região de atuação do respondente e formação acadêmico-profissional, cujos itens abarcavam a área de graduação do participante, cursos de especialização e pós-graduação e a quantidade de participações em atividade de aprimoramento em um triênio, como congressos e seminários. Na mesma página, os itens sobre tempo de experiência incluíam o tempo de experiência clínica em geral e o tempo de experiência com TCC. As perguntas dessa seção eram de múltipla escolha, com 2 a 6 alternativas, a depender da questão, e possuíam campo adicional para especificar respostas complementares.

As perguntas da terceira página referiam-se especificamente à LPM. Elas investigavam como é o uso (*“Você usa a LPM em terapia?”*), frequência de atualização da lista (*“Você atualiza periodicamente a LPM?”*), as dificuldades percebidas em sua estruturação e as estratégias utilizadas para melhor construí-la. Alguns itens foram apresentados no formato de múltipla escolha, com duas alternativas possíveis (*“Sim”* ou *“Não”*) e outros foram apresentados no formato aberto. Ao final desta seção, foi incluída uma autoavaliação relacionada à habilidade de construir a LPM, cujas respostas poderiam se situar entre 6 alternativas em um *continuum* entre *“péssimo”* e *“excelente”*.

Por fim, a última página continha itens que enfatizavam as características do paciente que poderiam influenciar na construção da lista, facilitando ou dificultando sua elaboração. Por exemplo, entre as possíveis dificuldades, foi considerada a possibilidade de transtornos específicos constituírem maiores desafios clínicos (*“Em função do transtorno, você considera que as dificuldades podem ser diferentes?”*). Essa página continha também uma questão específica referente a quais características de TCC seriam importantes para o estabelecimento de metas, sendo apresentadas 6 opções:

aliança terapêutica sólida, nível escolar do paciente, tipo de transtorno apresentado, bom entendimento do modelo terapêutico, experiências anteriores com terapia e motivação do paciente. Os participantes deveriam selecionar as 2 características que consideravam mais relevantes para o estabelecimento de metas dentre as opções listadas. Entretanto, um campo adicional permitia ao participante apontar uma característica alternativa que não estivesse listada entre as anteriores.

Procedimentos de Coleta

Foram enviados 235 questionários através de *e-mail* para psicoterapeutas associados à ABPC ou à FBTC à época da coleta. Essas associações foram escolhidas por cadastrarem psicoterapeutas da maioria das regiões Brasil. Na mensagem padronizada enviada (substituindo-se o nome de cada participante, apenas), a pesquisadora se identificava como aluna do PPG-CdC/PPB/UnB, apresentando então os objetivos de estudo e a importância da pesquisa. Ao final da mensagem, caso a pessoa aceitasse participar do estudo, era disponibilizado um link de acesso para a página criada no Google Formulários. Após o envio dos questionários, determinou-se como prazo 1 mês para os participantes responderem ao instrumento.

Para responder ao questionário, não havia quaisquer limites de tempo. Os itens fechados apresentavam múltiplas alternativas a serem escolhidas, variando de acordo com o item. Já os itens abertos continham espaço designado para a resposta ser digitada, sem limite de caracteres. O participante poderia voltar às páginas anteriores a qualquer momento para alterar suas respostas, que eram salvas automaticamente. Finda a participação, o formulário deveria ser enviado por meio de um botão “Enviar”,

disponível no final do Questionário. No entanto, após o prazo estipulado, apenas 6% dos profissionais convidados enviaram o questionário à pesquisadora.

Procedimentos de Análise

As respostas às questões fechadas tiveram suas frequências computadas, gerando dados para uma análise quantitativa descritiva. As respostas aos itens abertos foram consideradas quanto aos elementos comuns, permitindo a criação de categorias de respostas por conteúdo semelhante, gerando uma análise qualitativa.

A análise quantitativa visou descrever o perfil do psicoterapeuta cognitivo brasileiro, nos aspectos referentes a seu grau de instrução e aprimoramento, distribuição pelo país, a frequência do uso da LPM em terapia, a associação entre transtornos e a dificuldade encontrada na construção da lista e aspectos da abordagem que facilitam o desenvolvimento da mesma.

Já a análise qualitativa permitiu criar categorias de respostas referentes a facilidades, dificuldades e estratégias utilizadas no estabelecimento metas no contexto clínico.

Resultados

Análise Quantitativa

Psicoterapeutas de todas as regiões responderam ao questionário (n=14), exceto da região norte. A grande maioria (60%) dos respondentes atuavam nos estados de São Paulo e Paraná. Os demais respondentes (40%) se distribuíram equitativamente entre os estados de Minas Gerais, Paraíba, Rio de Janeiro Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Dos 14 respondentes, todos eram formados em psicologia e com formações complementares diversificadas. A maioria dos participantes (93%) havia concluído uma

formação em psicoterapia, sendo que 79% eram especialistas na abordagem. Contudo, 93% indicaram trabalhar com TCC e 7% com a abordagem comportamental, indicando um pequeno contingente de terapeutas não especialistas na abordagem, que, a despeito disso, norteavam sua prática clínica pelo modelo cognitivo.

Quase a metade dos participantes possuía mestrado ou estava em processo de obtê-lo (43%), mas nenhum deles tinha título de doutor ou estava em doutoramento. Por outro lado, todos os participantes informaram participar de atividades de aprimoramento, como congressos, workshops e outras (no período de um triênio), sendo que 14% dos participantes indicaram uma participação ou menos, 50% informaram de 2 a 4 participações e, 36%, 5 ou mais participações.

Pode-se notar pela **Tabela 1** que há um investimento maior em especializações e cursos *stricto sensu* por parte dos participantes com experiências intermediárias (4-9 anos) do que por parte dos participantes mais novatos e mais experientes. Os psicólogos mais experientes apresentaram um número maior de atualizações periódicas pontuais, como *workshops* e congressos. Entretanto, é razoável assumir que um maior tempo de prática esteja associado a um maior número de oportunidades de aprimoramento, dada a observação de que terapeutas com com mais tempo de prática acumulam maior participação nesse tipo de empreendimento, havendo, portanto, uma alta correlação entre essas duas variáveis ($r = 0,95$).

Tabela 1: Resumo da formação e experiência dos participantes

	Experiência (em anos)				Total (%)
	1-3	4-6	7-9	≥10	
Quantidade de participantes	1	4	4	5	14 (100%)
Especialização em TC/TCC	1*	4	4	2	11 (78%)
Curso Stricto Sensu (Mestrado: M, Doutorado: D)	M = 0 D = 0	M = 2 D = 0	M = 3 (*1) D = 0	M = 1 D = 0	M = 6 (43%) D = 0
Média de Participações em Atividades de Aprimoramento por triênio	≤1	2-4	2-4	≥5	-
Anos de exercício da profissão desde a graduação	1	2	3	8	-

* em andamento

Uso da LPM em terapia

Todos os participantes desenvolviam uma LPM no início da terapia e utilizavam-na para planejar as intervenções, sendo que 85% informaram que a atualizavam periodicamente. Todos os participantes utilizam a LPM para planejar as intervenções, mas 22% dos participantes mais experientes (7-9 anos, e ≥10 anos) não a atualizam frequentemente. Todos os participantes mais novatos (1-3 e 4-6 anos) atualizam a lista com frequência. Somando-se a isso, mais da metade dos respondentes (57%) indicou a ocorrência de dificuldades no desenvolvimento da LPM.

Relação da LPM com transtornos específicos

A maioria dos respondentes (93%) considerou que existe uma relação entre os transtornos apresentados pelo paciente e a dificuldade em desenvolver uma LPM (*“Você acha que existe relação entre o tipo de transtorno dos pacientes e a dificuldade*

em desenvolver uma LPM?”), sendo identificado como o transtorno mais associado a dificuldades na LPM o Transtorno Bipolar (apontado por 28% dos participantes), seguido pelo Transtorno Depressivo Maior (21%) e quadros de Esquizofrenia (21%). Em menor frequência (14%), foram citados os Transtornos Obsessivo-Compulsivo, de Pânico, de Déficit de Atenção e Hiperatividade e de ansiedade sem especificação do participante. O transtorno do Espectro Autista foi citado em menor frequência, sendo que apenas 7% dos participantes o consideraram. Destaca-se que foram discriminadas apenas as dificuldades específicas associadas ao Transtorno Depressivo Maior, sendo a humor disfórico fortemente associado a maiores dificuldades para o estabelecimento de metas e adesão ao tratamento.

Aspectos da abordagem que facilitam a construção da LPM

Os participantes selecionaram, por fim, algumas características que julgaram ser importantes para o estabelecimento eficaz das metas em terapia. Os respondentes tinham que escolher 2 dentre 6 características listadas e/ou sugerir uma característica que não estava na lista. Entre as 6 características estavam a aliança terapêutica sólida, nível escolar do paciente, tipo de transtorno apresentado, bom entendimento do modelo terapêutico, experiências anteriores com terapia e motivação do paciente. A característica mais escolhida foi a aliança terapêutica sólida, seguida de motivação do paciente e do tipo de transtorno apresentado pelo mesmo.

Os percentuais de respostas para as 6 características listadas podem ser observadas no **Gráfico 1**. Não houve nenhuma menção a outros aspectos importantes no campo adicional.

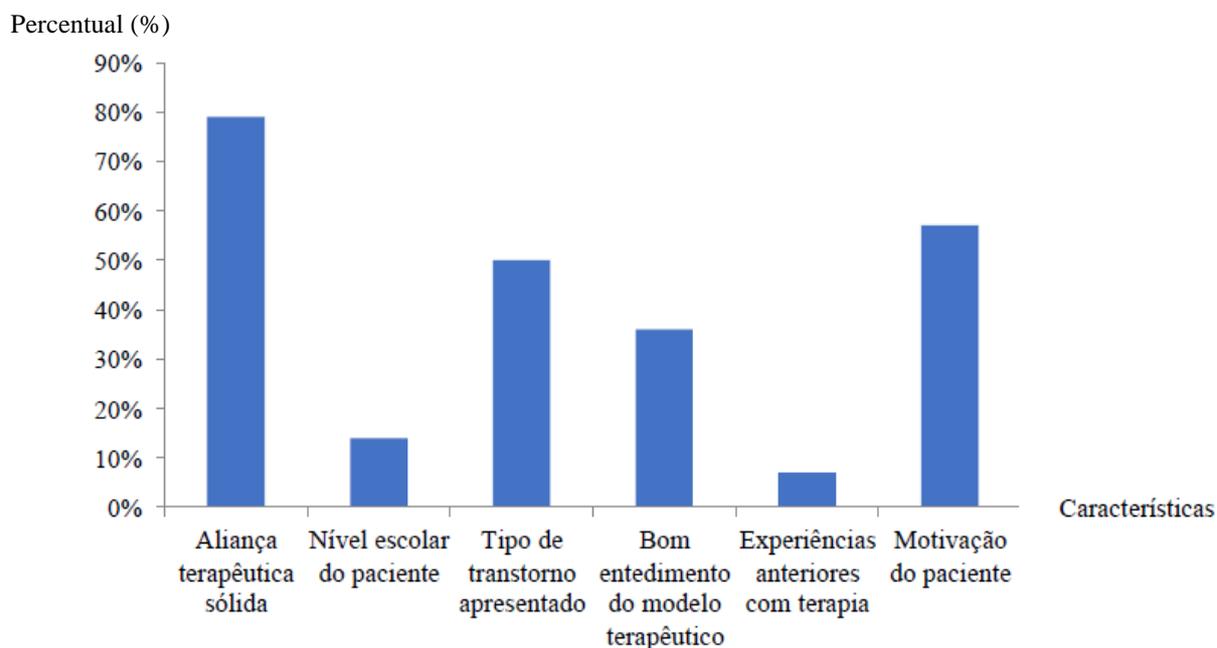


Gráfico 1: Percentual da escolha das características de TCC relevantes para a construção da LPM.

Embora os dados não sugiram a existência de qualquer tipo de polarização em relação às dificuldades, observou-se que a aliança terapêutica sólida e a motivação do paciente foram as características mais frequentes nos grupos 1-3 anos, 7-9 anos e ≥ 10 anos e o tipo de transtorno apresentado e bom entendimento do modelo terapêutico mais frequente no grupo 4-6 anos. Consonante com a à escolha dos participantes, a literatura demonstra não haver influência das características menos escolhidas, quais sejam nível escolar do paciente e experiências anteriores (Persons, Burns, & Perloff, 1988) e o desempenho nas

técnicas cognitivas. Por sua vez, dentre as características mais escolhidas, há diversos trabalhos que apontam a influência de uma aliança terapêutica sólida (Cooper et al., 2015), da aderência ao modelo (Brauhardt et al., 2015), dos diversos tipos de transtorno (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012) e da aderência do paciente ao tratamento (Simpson et al., 2011) para a resultados positivos utilizando TCC.

Autoavaliação de habilidades

Considerando as dificuldades descritas, os psicólogos também se classificaram conforme sua habilidade na construção da LPM. Esta autoavaliação pode ser observada no **Gráfico 2**, onde, independentemente do tempo de prática, 65% dos participantes se autoavaliaram como tendo uma boa ou muita boa habilidade na construção da lista. Quando se considera os estratos por tempo de experiência, é interessante observar que terapeutas iniciantes (1-3 anos) se avaliaram apenas de forma “razoável” enquanto que 80% dos terapeutas com mais de 10 de anos de prática se avaliaram entre bons e excelentes.

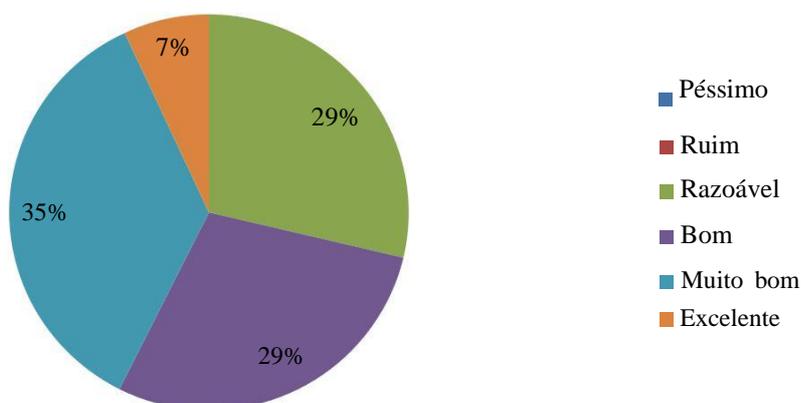


Gráfico 2: Autoavaliação sobre habilidade na construção da LPM

Análise Qualitativa: Categorias de Respostas

Esta análise foi realizada examinando-se a frequência (>1), a semelhança e a consonância das respostas com a literatura nos diversos grupos de experiência. Foram excluídas das análises as respostas abreviadas e pouco elucidativas. Houve algumas perguntas que não foram respondidas por 3 participantes, mas não foram as mesmas perguntas. Abaixo, São apresentadas as categorias de resposta, trechos que as exemplificam, soluções para os problemas apontados pelos psicólogos e comparação com a teoria de TCC. Considerando as categorias de respostas, os participantes foram codificados pela letra “T” e pelo intervalo de experiência a qual pertencem.

Principais dificuldades e soluções adotadas

Com relação às principais dificuldades gerais relacionadas com a LPM, os psicólogos apontaram diversos entraves, agrupados em 3 categorias de problemas: a) realizar intervenções antes da construção da LPM; b) comprometimento cognitivo do paciente; e, c) apresentação subjetiva dos problemas.

a) A primeira dificuldade, a necessidade de se realizar intervenções terapêuticas antes de se estabelecerem as metas da terapia, foi encontrada nos três primeiros grupos de experiência (\leq 1-3 anos, 4-6 anos e 7-9 anos). Ela pode ser observada nos seguintes trechos afirmados pelos participantes:

“Em alguns casos as necessidades dos pacientes pedem intervenções mais específicas no primeiro momento e então um adiamento da LPM para um momento mais apropriado no processo terapêutico.” [T, 4-6 anos]

“Quando o paciente (...) entrou em suas questões particulares. Ficamos ‘parados’ em apenas um item a sessão quase inteira e tive que adequar a sessão e improvisar um *role-playing*. O paciente se encontrava muito ansioso.” [T, ≤1-3 anos]

Esse aspecto é considerado, geralmente, um entrave porque como salientam Knapp e Beck (2008), é importante demonstrar para o paciente, desde o início, que a estruturação dos problemas modificará a maneira como ele vai perceber novas situações, incluindo a discriminação das distorções cognitivas que faz (e.g., catastrofização, personalização, pensamento tudo ou nada). No entanto, existem situações em que intervenções devem ser realizadas anteriormente tanto para se começar a construir um *rapport* entre a dupla terapêutica, quanto para estabilizar o humor do paciente, como Botega (2015) recomenda, por exemplo, na crise suicida.

As soluções encontradas para esse problema envolveram esperar o momento adequado para realizar a lista, fazer a) um *role-playing* para reduzir a ansiedade inicial, intervenção que está de acordo com as recomendações de Clark e Beck (2012) e b) fornecer subsídios para a autoconsciência, que também está em conformidade com Krüger (2015). Apesar de os participantes terem sido um pouco inespecíficos quanto aos aspectos trabalhados, as estratégias encontram eco na literatura de TCC.

b) A segunda dificuldade principal colocada, apontada apenas no grupo 4-6 anos, foi a dificuldade cognitiva dos pacientes, quer seja associada a algum tipo de lesão cerebral ou sugerida em linhas gerais, como pode ser observado nos relatos:

“E ainda em casos onde o quadro bastante comprometedor atinge áreas cognitivas importante do raciocínio.” [T, 4-6 anos]

“(...) Com pessoas com dificuldade cognitiva.” [T, 4-6 anos]

A literatura não aponta restrições de atendimento a pessoas com esse tipo de demanda, apesar de terem benefícios reduzidos devido ao tipo de intervenções possíveis. No entanto, as soluções que os psicoterapeutas forneceram para esta dificuldade foram fazer a LPM de maneira gradual, dividi-la em partes menores, tentar elucidar aspectos difíceis da execução e realizar questionamento socrático (o participante não explicitou o conteúdo/objeto dessa intervenção). Estas soluções estão de acordo com aquelas já mencionadas por J.S. Beck (2007), evidenciando consonância das práticas em TC com aquelas previstas na literatura.

c) A terceira e última dificuldade principal referida pelos participantes foi a forma subjetiva de apresentação das demandas por parte dos pacientes. Ela foi mencionada por todos os grupos. Este aspecto pode ser observado nas respostas:

“Pacientes com problemas indefinidos, pouco insight, muita tangencialidade”[SIC], [T, 7-9 anos]

“Quando o paciente resolveu falar sobre o tema de forma subjetiva” T, 1-3 anos

“O paciente não conseguir definir nenhuma meta. - Metas muito subjetivas.” [T, ≥10 anos]

Não obstante o não fornecimento de soluções específicas, a frequência da resposta foi bastante alta. A TCC possui um caráter didático e faz uso de estratégias metacognitivas que podem auxiliar nesse ponto (A.T. Beck & Alford, 2000; Knapp &

Beck, 2008). A literatura em terapia cognitivo-comportamental discrimina extensivamente que tipo de crenças nos transtornos estão associados a pensamentos automáticos, comportamentos e emoções apresentadas por meio de exemplos de caso (A.T. Beck & Alford, 2009; A.T. Beck, Freeman, & Davis, 2010; J.S. Beck, 2013; Reinecke, Dattilio, & Freeman, 2009; Friedberg, McClure, & Garcia, 2011), demonstrando como essa informação é geralmente veiculada pelo paciente. A partir da conceitualização feita pelo clínico e exposição dela para o paciente, este pode reconhecer o que é disfuncional e categorizar cognições, emoções e crenças para mudá-las no futuro. Uma das ideias principais da abordagem, como já apontado anteriormente, é instrumentalizar o paciente para a análise de suas próprias cognições e vieses associados, tendo o terapeuta o papel de ensinar o paciente como fazer isso.

Dificuldades e facilidades específicas do psicoterapeuta

Sobre as dificuldades do psicoterapeuta que afetam a construção da LPM, os respondentes listaram quatro diferentes fatores, quais sejam: a) falta de preparo e formação incompleta ou inexistente, listada por 13% dos participantes, b) indecisão (13%), c) conceitualização de caso pobre (13%), e, d) condução subjetiva da terapia (20%). As respostas estavam distribuídas de maneira equilibrada nos diferentes estratos de tempo de experiência. Segue abaixo, a sistematização das respostas relacionadas às dificuldades específicas do psicoterapeuta:

a) Falta de preparo e formação incompleta ou inexistente: Com relação a esse aspecto, apontado apenas pelo último grupo (≥ 10 anos), uma característica que diferencia a TCC de outras abordagens é o planejamento e estruturação das sessões

(J.S. Beck, 2013; Knapp & Beck, 2008; Kuyken et al., 2010). Os achados parecem ser coerentes com a afirmação de A.T. Beck e Alford (2000) de que a falta de preparo do terapeuta em sua formação e a falta de preparo para as sessões podem influenciar a construção da lista. Caso não haja planejamento e domínio das técnicas de intervenção, esse tempo pode ser desperdiçado, pois o paciente pode ser prolixo ou ter dificuldades de estruturação de pensamento, como já apontado, o que gera a necessidade de uma maior intervenção do psicólogo nesta etapa.

b) A segunda característica, indecisão, referida pelo grupo 4-6 anos, é exemplificada abaixo:

“Indecisão. Quando deixa o cliente conduzir a terapia.” [T, 4-6 anos]

Deixar o cliente conduzir a terapia, pode, de fato, tornar o processo terapêutico mais difícil, caso o paciente não dê espaço para nenhum tipo de intervenção. No entanto, um dos objetivos do processo é tornar este sujeito autônomo e considerar as diferenças individuais do mesmo (J.S. Beck, 2013), dado que alguns deles se sentem mais à vontade falando bastante. É pertinente considerar nesse contexto a hipótese a possibilidade dos terapeutas estarem preocupados em demasia com a estruturação da sessão, de forma que interpretam o volume de fala do paciente como algo que depõe contra sua habilidade, conforme observações empíricas realizadas pela pesquisadora e sua orientadora na supervisão dos estágios em clínica.

c) Já a terceira dificuldade apontada, a conceitualização de caso pobre, foi evidenciada apenas pelo grupo 7-9 anos:

“Não ter feito uma boa conceitualização do caso”, T, 7-9 anos

A conceitualização é fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico e sendo “pobre”, pode certamente trazer problemas para a estruturação da LPM. A conceitualização, segundo Kuyken et al. (2010), é uma forma de descrever os problemas apresentados, entendê-los em termos cognitivo-comportamentais e encontrar maneiras de aliviar o sofrimento do paciente. Os autores sugerem que não realizar a conceitualização pode gerar dúvida no julgamento clínico quanto à prioridade dos problemas afetando a estruturação da LPM. Porém, é importante salientar que a conceitualização é feita durante o processo terapêutico, sintetizando a experiência do paciente com a teoria de TCC. Assim, à medida que ocorre a psicoeducação é esperado que problemas dessa ordem sejam minimizados.

d) Por fim, temos apontada a subjetividade e/ou dificuldade em definir metas ou queixa (foco) como empecilho para a construção da lista pela maioria dos grupos (1-3, 7-9, ≥ 10 anos). São exemplos dessa dificuldade:

“(...) falta de objetividade, usando linguagem subjetiva demais”, [T, ≥ 10 anos]

“Falta de foco, querer atender a cada demanda que o paciente traz”, [T, 7-9 anos]

Embora as respostas acima possam ser distintas quanto ao conteúdo, ambas esbarram no aspecto subjetivo ou difuso do discurso do terapeuta. No primeiro caso, temos a provável inadequação da “tradução” do relato do paciente em termos de categorias relevantes para a TCC (e.g., dificuldade em descrever e exemplificar as distorções cognitivas ou as relações entre crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos). No segundo caso, a subjetividade se evidencia pela dispersão do foco, que se pode se caracterizar como um problema porque dificultaria a estruturação

da LPM, dado um conjunto grande e diversificado de metas concorrentes. Nessa direção, Shah (2005) salienta que metas alternativas comprometem o estabelecimento das metas principais. A mudança no comprometimento está relacionada com quão vigorosamente as pessoas perseguem uma meta e quão emotivas se sentem ao ter sucesso ou fracasso. Este é um fator que pode influenciar a construção da LPM, visto que metas mal-estabelecidas ou concorrentes podem atrapalhar o alcance dos objetivos, gerando a necessidade de buscar-se uma congruência em seu estabelecimento (Shah, 2005).

Dentre as características que podem facilitar a construção da LPM foram listadas grande conhecimento técnico, levantamento de informações sobre diversas áreas da vida do paciente, boa capacidade de interação e facilidade em resolução de problemas. Também foram consideradas outras características, como determinação e autoconfiança por parte do terapeuta. Pode-se perceber que muitos aspectos apontados como facilitadores são opostos aos definidos como fatores dificultadores.

Dificuldades específicas do paciente e estratégias utilizadas

As principais dificuldades na construção da LPM referentes às perguntas “*Qual a maior dificuldade dos pacientes para desenvolver a Lista de Problemas e Metas?*” e “*Na sua opinião, qual a principal característica do paciente que pode dificultar o desenvolvimento da LPM?*” geraram cinco categorias de problemas: a) esquema de incapacidade do paciente (13% dos participantes), b) confusão entre pensamentos e sentimentos (13%), c) resistência em mudar (13%), d) presença de transtornos (13%); e, e) à elaboração subjetiva/ falta de foco (26% dos participantes). Neste item também não

foi encontrado um padrão de respostas relacionado ao tempo de experiência, dado que as respostas se distribuíram de forma semelhante entre os diferentes estratos de experiência. Para cada problema, os respondentes apresentaram estratégias para lidar com as dificuldades relatadas, respondendo à pergunta “*Cite 2 tipos de estratégia que você utiliza para lidar com as dificuldades do paciente no estabelecimento de metas.*”.

a) Esquema de incapacidade do paciente. São exemplos de estratégias para lidar com essa dificuldade:

“1- Peço pro [sic] paciente falar de suas expectativas, sonhos; 2-Lembrar de algo que começou e faltou terminar...”, [T, 7-9 anos]

Essa solução pode ser incorporada à identificação de potencialidades que o paciente pode desenvolver e não apenas da identificação de seus pontos fracos, conforme é sugerido por vasta literatura em Psicologia Positiva, um dos ramos da TCC, como o trabalho de Linley e colegas (2007) e por teóricos da TCC desenvolvida por Beck, como Kuyken et al. (2010).

b) Confusão entre pensamentos e sentimentos: Em relação à essa dificuldade, foi sugerido pelos participantes:

“Estabelecimento de metas em conjunto na terapia. Se outra pessoa estivesse no seu lugar que metas escolheria?”, [T, ≥10 anos]

Apesar de não ser uma estratégia distintiva para a dificuldade apontada, esta é uma estratégia eficaz. Muitas vezes, quando o paciente estabelece as metas sozinho, como parte da tarefa de casa, por exemplo, ele pode ficar confuso quanto à classificação entre sentimentos e pensamentos. Na sessão, o psicólogo pode identificar a confusão e,

como sugerem J.S. Beck (2013) e Greenberger e Padesky (1999), ajudar o paciente a compreender os conceitos de pensamentos e sentimentos, fornecendo exemplos.

c) A “resistência em mudar”, indicada por participantes dos grupos 4-6 e ≥ 10 anos, é uma dificuldade possível em qualquer processo terapêutico. Embora os participantes desse estudo não tenham apresentado soluções para esse problema, vários estudos apontam a relação entre a resistência e a ausência de uma aliança terapêutica segura (Golden, 1983; Leahy, 2008). Em seu manual de TCC, J.S. Beck (2013), elenca esse aspecto como uma condição *sine qua non* para uma boa prática clínica, salientando a habilidade do terapeuta para construí-la.

d) Presença de Transtornos: os terapeutas participantes desse estudo consideraram, como uma das dificuldades para estabelecer metas, particularidades associadas aos transtornos dos pacientes. Foram apontados transtornos de ansiedade não-especificados, transtornos de personalidade e déficit cognitivo. As estratégias utilizadas para construir a LPM enfatizaram o acompanhamento minucioso do paciente durante o processo terapêutico e/ou recaíram sobre o caráter colaborativo da abordagem. Os participantes desse estudo elencaram o conjunto de estratégias abaixo para lidar com essa dificuldade:

“Explicar muito bem porquê e para que ela [a lista] é necessária”, [T, 4-6 anos]

“Acompanhar a construção passo a passo”, [T, 4-6 anos]

“Estabelecimento de metas em conjunto na terapia. Se outra pessoa estivesse no seu lugar que metas escolheria?”, [T, ≥ 10 anos]⁴

e) Para a elaboração subjetiva/ falta de foco, os psicoterapeutas sugeriram:

⁴O(a) participante identificado como [T, ≥ 10 anos] apresentou a mesma estratégia para diferentes problemas.

“Falar para o paciente, no início da sessão o que eu, como psicoterapeuta planejei para a sessão do dia e perguntar a ele se antes de começarmos este plano, ele deseja falar alguma coisa que seja mais urgente.”, [T, 1-3 anos]

“Fornecimento de subsídios para autoconsciência. Estratégias para ‘quebrar’ o problema em pequenas partes, tornando o problema o mais objetivo e específico possível, para que se torne uma meta.”[T, 7-9 anos]

A primeira estratégia parece sugerir uma maior intervenção do terapeuta para que o paciente não tenha oportunidade de se desviar muito do objetivo da sessão e resolver pontualmente uma questão trazida. Já a segunda é proveniente da teoria cognitiva de resolução de problemas, indicando uma tentativa de estabelecimento de submetas (Simon & Newell, 1971) e favorecendo aspectos motivacionais relevantes para a continuação do processo terapêutico. É interessante notar que foram as primeiras soluções sugeridas para o problema da subjetividade ao longo do questionário, apesar do problema ter citado recorrentemente (i.e., entre as dificuldades principais e dificuldades específicas do terapeuta).

Discussão

Os objetivos propostos nesse estudo incluíam levantar fatores que dificultavam e facilitavam a elaboração da LPM, além de coletar informações que permitiram avaliar o perfil de terapeutas cognitivos no que tange à formação e quaisquer qualificações posteriores à graduação.

No que concerne ao primeiro objetivo, os resultados das análises conduzidas indicaram diferentes fatores que devem ser considerados na construção da LPM, dado seu uso ubíquo entre os participantes. Entre as características relevantes para consolidação da LPM, a aliança terapêutica sólida e a motivação do paciente foram as mais frequentes, tendo predominado em 3 dos 4 estratos de expertise. Esses aspectos, de certa forma interativos, são amplamente investigados (Carter et al., 2015, Cooper et al., 2015; Leahy, 2008; Weck et al., 2015), sendo a aliança terapêutica considerada um preditor confiável para o sucesso terapêutico, contribuindo fortemente para a adesão do paciente às tarefas propostas.

Sobre as dificuldades do terapeuta na construção da lista, foram relatadas a falta de preparo e formação incompleta ou inexistente, indecisão, conceitualização pobre de caso e condução subjetiva da terapia. Especificamente sobre o paciente, foram considerados aspectos dificultadores os esquemas de incapacidade, confusão entre pensamentos e sentimentos, elaboração subjetiva/ falta de foco, resistência em mudar e a presença de transtornos.

Com relação às principais dificuldades relacionadas à LPM, é interessante notar que os terapeutas atribuem a responsabilidade relativa às dificuldades majoritariamente ao paciente (e.g., resistência a mudança, discurso subjetivo, “direção” da sessão em detrimento do terapeuta, etc.). Esse dado é interessante, visto que a TCC é uma abordagem fundamentalmente colaborativa, ou seja, é inadequado atribuir a apenas uma das partes o encargo sobre o insucesso ao realizar uma tarefa terapêutica. Principalmente, se ponderarmos que no início do processo terapêutico o paciente ainda desconhece o modelo cognitivo e suas práticas (i.e., o paciente ainda não sabe como pensar “dentro” da abordagem), cabendo ao terapeuta uma participação mais ativa e

diretiva nesse momento (J.S. Beck, 2013). Ademais, chama atenção o fato de que outras características importantes no contexto clínico sequer foram citadas, como empatia e escuta atenta. A habilidade técnica mais enfatizada foi a alta capacidade de resolução de problemas e a realização de uma conceitualização cognitiva eficiente.

Há um equilíbrio entre os grupos de experiência quanto a diversos aspectos investigados na pesquisa (e.g., autoavaliação, dificuldades relacionadas aos pacientes ou terapeutas, etc.). Porém, as maiores diferenças se relacionam ao perfil dos profissionais quanto a sua formação. Terapeutas com tempo de experiência intermediário (4-9 anos) possuem maior número de formações complementares *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) quando comparados aos mais novatos (1-3 anos) e aos mais experientes (≥ 10 anos). Todavia, terapeutas mais experientes, quando comparados aos outros grupos, tem maior número de participações em atividades de atualização, como congressos, workshops ou seminários, uma correlação direta evidenciada entre tempo de prática e número de participações em eventos ($r = 0,95$). Quanto à formação em TCC, a despeito de um percentual inexpressivo, a maioria dos participantes filiados às agremiações (ABPC e FBTC) possuem especialização na área, indicando busca pelo aprimoramento da prática após a graduação. Os dados sugerem que profissionais com tempo intermediário de prática (4 a 9 anos) parecem investir mais na formação, considerando-se a maior proporção observada entre tempo de prática e número de participações. Adicionalmente, nesse estrato encontram-se os terapeutas que mais investem em cursos *stricto sensu*, uma formação essencial para o desenvolvimento de pesquisadores que poderão conciliar a prática clínica ao desenvolvimento de pesquisas básicas e aplicadas, ampliando o conjunto de evidências empíricas no campo da TCC.

Considerando as contribuições que podem advir da pesquisa para a TCC, a segunda parte desta dissertação explora as implicações da dificuldade “subjetividade do relato do paciente” e “transtorno associado” para a construção da LPM, tendo em vista terapeutas em dois diferentes estratos de expertise.

Considerações sobre as limitações e sugestões para estudos futuros serão discutidas na Conclusão Geral, ao final do trabalho.

Parte II:**A construção da Lista de Problemas e Metas (LPM) e sua relação com a experiência do terapeuta: um estudo experimental**

A elaboração de uma Lista de Problemas e Metas (LPM) ou Lista de Problemas do Cliente é um procedimento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), fundamental para identificar o problema/queixa do paciente e seus objetivos (metas) na terapia (Dobson & Dobson, 2011; Kuyken et al., 2010). De acordo com Kuyken et al. (2010), a elaboração da LPM compõe parte da conceitualização cognitiva, que é a compreensão do quadro do paciente em termos do psicodiagnóstico e de seu funcionamento cognitivo, que, por sua vez, baseia as estratégias e o plano de trabalho para o atingimento de metas. Ao adotar esse procedimento, o psicoterapeuta pode avaliar as habilidades que o paciente apresenta, o grau de consciência sobre seus problemas (metacognições) e estratégias de *coping* existentes. Além disso, ao identificar essas habilidades existentes, o exercício da LPM pode fomentar oportunidades para o treinamento de habilidades metacognitivas que o paciente ainda não possui (e.g. planejamento, resolução de problemas).

Ademais, a conceitualização cognitiva, segundo Kuyken et al. (2010), fornece estruturas que explicam as dificuldades descritas pelo paciente nos termos da TCC, interligando elementos desencadeadores, ciclos de manutenção e fatores de proteção. Como prática que compõe a conceitualização, as LPMs construídas provêm oportunidades de se promover o empirismo colaborativo, princípio norteador dessa estrutura de análise e psicoeducação.

Para a utilização proveitosa da lista, sugere-se neste estudo que é necessário que o psicólogo desenvolva uma série de habilidades – como, por exemplo, realizar diagnóstico correto do paciente, saber gerar algumas submetas para as metas dos pacientes e realizar automonitoramento de seu próprio desempenho.

O desenvolvimento de habilidades é um tópico amplo e já bastante explorado pela psicologia cognitiva. Esse processo de desenvolvimento ocorre de maneira gradual, conforme descrito por diversos autores (Anderson, 2004; Ericsson, 2005; Nokes, Schunn, & Chi, 2010; Sarsfield, 2013), os quais dividem didaticamente a aquisição de habilidades em 3 estágios. No primeiro estágio, denominado estágio cognitivo, os sujeitos criam e utilizam uma codificação declarativa para resolver os problemas, em que fatos relevantes para a habilidade são registrados e repetidos, tornando o uso do conhecimento lento. No segundo estágio, o associativo, há uma detecção dos erros cometidos anteriormente e regras de produção, que podem ser expressas pela relação “se, então”, dão forma ao conhecimento adquirido. Pode-se, nesse estágio, possuir uma representação procedimental além da representação declarativa. O último estágio de aquisição é o estágio autônomo, em que ocorre a aplicação rápida do conhecimento (declarativo e procedimental) e onde há uma demanda menor de recursos de processamento, tornando a solução de problemas mais automatizada, com uma baixa taxa de erros.

Além disso, Bennett-Levy (2006) complementa modelos cognitivos prévios de aquisição e refinamento de habilidades específicas do terapeuta cognitivo, propondo um modelo de competência que discrimina conhecimento declarativo do procedimental (regras de produção e planos) e inclui um sistema reflexivo nesse modelo. O sistema reflexivo, segundo o autor, é um sistema livre de conteúdo que serve para comparar

informações. Esse sistema analisa experiências passadas, presentes e futuras, identifica planos de ação e mantém ou muda a informação armazenada em função da análise realizada. Somando-se a isso, ele é responsável pela expertise do psicoterapeuta em utilizá-lo para fazer diferenciações cada vez mais precisas sobre situações e circunstâncias distintas em terapia, como ao avaliar o processo do cliente e, ao mesmo tempo, considerar suas próprias emoções e reações. Progressivamente, o psicoterapeuta desenvolve regras de “Se-Então”, planos, procedimentos e habilidades cada vez mais sofisticados.

Os estágios de aquisição de habilidades estão associados ao desempenho que os indivíduos terão ao lidar com uma tarefa desafiadora ou um problema. A resolução de problemas envolve também algumas etapas interativas (Nokes et al., 2010), como a categorização do problema, a construção de uma representação mental dele, uma busca por operadores (estratégias e procedimentos) para se resolver o problema, a recuperação e aplicação dos operadores, a avaliação do processo e da solução, a repetição desses estágios, caso não esteja satisfeito com a solução, e o armazenamento da solução.

Como ocorre a transição de cada um dos estágios de aquisição de habilidades para o próximo estágio pode ser o enfoque do estudo da expertise nos trabalhos atuais e futuros. Segundo Ericsson (2005), esse conceito recebeu diversas formulações, partindo de uma explicação divina, como um dom ou talento concedido a indivíduos especiais, a um *continuum* de competências em que diversos sujeitos podem galgar as etapas e atingir um desempenho excepcional (Ericsson, 2008; Nokes et al., 2010; Weiss & Shanteau, 2014).

Atualmente, segundo Weiss e Shanteau (2014), duas abordagens principais tem sido utilizadas para explicar a progressão da expertise, uma que envolve uma prática

deliberativa por parte dos indivíduos para obter-se excelência em uma habilidade – escola de desempenho de *experts* – como pode-se observar em diversos trabalhos (Chi, 2006; Chi, Glaser, & Rees, 1982; De Groot, 1946/1978; Ericsson, 2005; Rikers, Schimidt, & Moulaert, 2005; Simon & Chase, 1973), e outra, denominada abordagem baseada em desempenho (PBA)⁵, observada nos trabalhos conduzidos por Witteman, Weiss, e Metzmacher (2012) e Weiss e Shanteau (2014), que enfatizam julgamentos realizados pelos sujeitos como ferramentas de avaliação para explicar o desempenho diferenciado de *experts*.

A obtenção de excelência por meio da prática deliberativa, conforme defendido por Ericsson (2008), envolve estabelecer uma série de condições na execução e treino de uma habilidade para obter-se um desempenho melhorado. Essas condições envolvem elaborar tarefas com metas bem definidas, desenvolver motivação para melhorar, fornecer *feedback* ao aprendiz e prover oportunidades para a repetição e refinamento gradual de desempenho.

Nas pesquisas sobre expertise, diversas áreas, métodos e sujeitos são investigados (Chi, 2006; Ericsson, 2005). Estuda-se vastamente, por exemplo, o desenvolvimento de habilidades em xadrez (De Groot, 1946/1978; Simon & Chase, 1973), física (Chi et al., 1982; Pimenta, 2013), medicina (Patel & Groen, 1991; Rikers et al., 2005), performance esportiva (Cleary & Zimmerman, 2001; Lawson, 2015), entre vários outros campos de expertise. Apesar dos domínios estudados serem diversos, os métodos e participantes de pesquisa são semelhantes. Entre os métodos utilizados mais comuns estão o protocolo *think aloud* (Ericsson & Simon, 1993), que consiste em falar

⁵ PBA: *Performance Based Approach* (tradução livre do termo utilizado).

em voz alta cada pensamento que surge no processo de resolução de problemas, o uso do *eye tracking* (Rikers et al., 2005) que rastreia os movimentos oculares durante a resolução das tarefas, o uso de medidas de tempos de reação (Pimenta, 2013). As tarefas podem ter diferentes graus de dificuldade, a exemplo do estudo de Pimenta (2013), onde os problemas apresentados tinham extensão distintas ou outras diferentes configurações como aquelas manipuladas no estudo de Lawson (2015), onde jogadores com diferentes níveis de expertise tinham que fazer julgamentos de jogadas táticas a partir da comparação entre diagramas.

Como sujeitos, selecionam-se participantes com diferentes tempos de experiência, tanto já considerados experts em seu campo de atuação quanto indivíduos iniciantes na área (Chi, 2006; Chi et al., 1982) ou ainda participantes com um tempo de prática distribuída em um *continuum*.

Nokes et al. (2010) demonstram como experts se diferenciam em cada etapa da solução de problemas quando comparados a indivíduos mais novatos. Dentre essas diferenças, na primeira etapa de solução de problemas, percebe-se que o conhecimento dos experts em sua área influencia a percepção e categorização que eles fazem dos problemas em termos de padrões de informações significantes (*chunks*) construídos anteriormente (Chi et al., 1982; Simon & Chase, 1973). Além disso, segundo Nokes et al. (2010), experts utilizam informações que vão além daquelas fornecidas pelo ambiente de tarefa em suas representações mentais. Na construção dessas representações, eles especificam as características importantes da tarefa como objetos relevantes, operadores e restrições do problema. Os esquemas ativados na categorização inicial de experts podem fornecer informações, estratégias, restrições e expectativas adicionais que possibilitam refinar a representação do problema e esta, por sua vez,

pode ativar outros esquemas relevantes para a solução dos problemas, tornando esse processo mais veloz. Outras diferenças apontadas entre os indivíduos no *continuum* da expertise estão nas etapas de avaliação do problema e de sua solução e no armazenamento da mesma. Nokes et al. (2010) apontam que experts tem habilidades metacognitivas mais desenvolvidas que novatos em tarefas pertencentes ao seu domínio e eles gastam mais tempo nessa avaliação que envolve a representação do problema. Somando-se a isso, o conhecimento vasto e bem-organizado desses sujeitos permite que eles assimilem novas informações mais facilmente a seu corpo de conhecimento.

Há ainda na literatura outros critérios que diferenciam experts de novatos. Diversos autores (Chi, 2006; Chi et al., 1982; Sarsfield, 2013) discriminam diferenças entre experts e novatos no desempenho em uma tarefa específica do domínio no qual atuam. Essas medidas são consideradas medidas *refinadas* de expertise. Elas envolvem a avaliação da qualidade das soluções oferecidas, medição do tempo de solução do problema, medição do tempo de pausa para recuperação (que envolve, na teoria de reconhecimento de padrões e *chunking*, o tamanho dos *chunks* de informação), quantificação de erros cometidos, avaliação da detecção e reconhecimento de características da estrutura profunda do problema, análise de uma abordagem qualitativa prévia do problema pelos experts, análise das trajetórias de solução adotadas (estratégias *forward* e *backward*), aferimento do automonitoramento dos sujeitos e do esforço cognitivo realizado por eles.

Chi (2006) também aponta critérios mais rudimentares para se medir a expertise. Esses critérios incluem a qualificação acadêmica, a quantidade de anos investidos na execução da tarefa e/ou consenso entre colegas sobre a expertise de um indivíduo. Ericsson (2008) afirma que o tempo de prática calculado para se adquirir expertise em

uma área corresponde a cerca de 10.000 horas ou 10 anos de prática. No entanto, há autores que sugerem que as habilidades são refinadas dentro de um *continuum* de prática, aprimorando-se pouco a pouco o desempenho em um domínio, constituindo o conceito de *expertise* relativa (Chi, 2006).

Bennett-Levy (2006) também explicita algumas diferenças no processo de aprendizagem entre psicólogos novatos e experientes, como a dificuldade do novato em manter a empatia e pensar na próxima intervenção concomitantemente. Em terapeutas experientes, o processamento em paralelo é melhor, visto que este consegue realizar essas atividades ao mesmo tempo. Há ainda diferenças como uma diminuição de habilidades interpessoais dos novatos quando estão aprendendo técnicas, e uma dificuldade entre a dominância do esquema de *self* e esquema de *self do terapeuta* (que inclui, por exemplo, atitudes terapêuticas, habilidades conceituais e técnicas).

Sendo a construção da LPM um aspecto da *performance* do psicoterapeuta no contexto clínico, ela é considerada também como uma habilidade a ser desenvolvida, e, por isso, pode-se considerar que tais diferenças já apontadas na literatura entre experts e novatos tenham lugar nesse domínio.

Considerando a proposta de A.T. Beck e Alford (2009), em que os mesmos sugerem uma nova categorização/organização dos sintomas da depressão, pode-se supor que as habilidades gerais de desempenho dos psicoterapeutas melhor treinados no modelo cognitivo difiram quanto à categorização e representação mental dos problemas do paciente, de maneira mais automatizada que novatos. A proposta de organização dos autores inclui a distribuição de 21 sintomas recorrentes na depressão em 4 grupos: 1) afetivo, 2) motivacional, 3) cognitivo e 4) sintomas físicos e vegetativos. No primeiro grupo temos os sintomas caracterizados pelos pacientes como emoções – tristeza,

solidão, sensação de vazio. No segundo grupo, temos aqueles que incluem desejo intensificado de ajuda, vontade de fugir, cometer suicídio e perda da motivação espontânea. No terceiro, há o autoconceito negativo, pessimismo e interpretações negativas da vivência. Por fim, no quarto grupo, temos a fadigabilidade, retardo psicomotor, perda de apetite, libido e perturbações no sono.

Teorias prévias sobre depressão, por exemplo, não conseguiam abarcar todos os sintomas observados que diferenciavam os pacientes deprimidos do grupo-controle (A.T. Beck & Alford, 2009). A partir desta categorização, os autores desenvolveram o paradigma da tríade primária da depressão, em que demonstraram a conexão entre todos os sintomas verificados. No paradigma, três padrões cognitivos principais (visão negativa de si mesmo, do contexto ambiental – experiência - e do futuro - objetivos) levam o sujeito a perceber as informações de maneira disfuncional.

Isso significa que uma das pesquisas que estabeleceu as bases para a terapia cognitiva foi formulada com a transformação de sintomas expressos de forma subjetiva em categorias clínicas dentro da tríade primária da depressão (Beck & Alford, 2009). É papel do psicoterapeuta, a partir de seu conhecimento sobre as categorias nosológicas e conceitualização cognitiva, reconhecer no discurso do paciente essas categorias já desenvolvidas e discuti-las com o mesmo. Entretanto, como apresentado no Etapa I, o caráter do discurso do paciente, por vezes, excessivamente subjetivo pode dificultar a elaboração da LPM e, por extensão, a conceitualização cognitiva do caso, principalmente no que tange à identificação dos aspectos-chaves para se chegar a um psicodiagnóstico. Além disso, a Etapa I evidenciou estreita relação entre tipos de transtorno e estruturação da LPM; Considerando, portanto, esses dois aspectos basilares para a LPM, questiona-se como a expertise relativa do terapeuta influenciaria o

estabelecimento do diagnóstico, a quantidade de soluções oferecidas no desenvolvimento de metas e submetas e a avaliação que o terapeuta faz de si nesse exercício, dado um transtorno específico.

Somando-se a isso, para que o psicoterapeuta se desenvolva em sua prática clínica, incluindo o aprimoramento na construção da lista, é importante que o mesmo siga orientações fornecidas pela teoria da prática deliberativa, especificamente em relação a estabelecer metas bem definidas e promover oportunidades para a repetição e refinamento gradual de desempenho. Considerando, portanto, a possível relação entre o tempo de experiência e o êxito na elaboração e consecução da LPM, esse trabalho investiga o efeito do discurso do paciente (objetivo ou subjetivo) sobre a precisão do diagnóstico e adequação das estratégias apresentadas pelo o terapeuta em uma simulação pontual de formulação de caso.

Objetivos e Justificativa

Este estudo foi elaborado a fim de se verificar se ocorreriam diferenças entre terapeutas com diferentes tempos de experiência no âmbito da estruturação da LPM, considerando características do discurso ou queixa do paciente (transtorno). A subjetividade do discurso do paciente foi considerada uma dificuldade onipresente em em todos os estratos de expertise na Parte I desse trabalho, não tendo os terapeutas participantes relatado nenhuma estratégia para lidar com essa dificuldade.

Explorar essa relação empiricamente é fundamental para a identificação das habilidades que precisam ser aprimoradas, contribuindo para possíveis e melhores

sistematizações do processo inerente à identificação e listagem de metas no contexto da TCC.

Hipóteses de Estudo

Tempo de Experiência

É esperado que terapeutas mais experientes (> 5 anos) apresentarão maior taxa de acerto em relação à hipótese diagnóstica do que terapeutas com menos tempo de experiência. Adicionalmente, terapeutas mais experientes poderão propor um maior número de soluções possíveis para que as metas sejam atingidas. Quanto à autoavaliação, terapeutas mais experientes indicarão maior segurança quanto às suas decisões quando comparados a terapeutas menos experientes.

Esses resultados são esperados dado que terapeutas mais experientes possuem categorias representacionais melhor organizadas e com mais informações (Chi, 2006; Nokes et al., 2010). Em consequência, elementos do diagnóstico podem ser melhor categorizados e reconhecidos, concorrendo para maiores taxas de acerto (categorização do problema). Adicionalmente, é esperado que terapeutas mais experientes forneçam um maior número de soluções, pois eles identificarão os sintomas partindo dos conceitos do domínio do problema e não de suas características superficiais (Nokes et al., 2010), que são dificultadoras nos casos apresentados. Portanto, quanto melhor categorizado o problema, maior o número de soluções possíveis a serem desenvolvidas. Também é esperado que a autoavaliação dos terapeutas mais experientes seja melhor (i.e., valores mais próximos de 10), visto que, segundo Chi (2006), eles têm melhor habilidade em detectar erros e monitorar o *status* de sua própria compreensão.

Tipo de Caso

É esperado, independentemente do tempo de experiência, que maiores taxas de acerto do diagnóstico e uma maior quantidade de soluções possíveis sejam observadas em relação ao caso objetivo quando comparado ao caso subjetivo. Ademais, observar-se-ão maiores índices de segurança na tarefa de autoavaliação quando apresentado o caso objetivo.

Supõe-se que haja maior taxa de acerto de diagnóstico no caso objetivo, pois os sintomas estão caracterizados conforme os parâmetros do DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), requerindo do clínico uma capacidade de reconhecimento dos mesmos, caracterizando, assim, uma tarefa mais fácil do que uma tarefa que envolve a recuperação da informação (Gillund & Shiffrin, 1984). Como os sintomas estão discriminados um a um no caso objetivo, prevê-se uma maior quantidade de soluções oferecidas para cada sintoma e uma melhor autoavaliação, visto que o problema tem sua estrutura profunda já discriminada.

Hipótese de Interação: Tempo de Experiência x Tipo de Caso

Haverá maior taxa de acerto e número de soluções possíveis apresentadas em relação ao caso objetivo, principalmente, entre os mais experientes. Por outro lado, não são esperadas diferenças significativas quando comparado o grupo mais experiente/caso subjetivo e o grupo menos experiente/caso objetivo tanto no que concerne às taxas de acerto quanto ao número de soluções possíveis para o atingimento das metas. Maiores diferenças quanto ao acerto do diagnóstico e número de soluções serão observadas quando comparados os casos objetivo x subjetivo no grupo de terapeutas menos

experientes em relação aos terapeutas mais experientes. Quanto à autoavaliação, terapeutas novatos e experientes não apresentarão diferenças significativas em relação às suas decisões quando for apresentado o caso objetivo, sendo este avaliado como mais fácil.

É esperado que terapeutas mais experientes apresentem maiores taxas de acertos quanto ao diagnóstico, assim como mais soluções para o caso objetivo. Isso decorreria da facilitação promovida pelo reconhecimento dos sintomas, uma vez que o caso objetivo os explicita de forma relativamente organizada, remetendo aos aspectos sintomatológicos propostos por Beck et al. (2010) e descritos no DSM-5 (APA, 2014) O caso subjetivo não deve consistir em dificuldade intransponível para os terapeutas mais experientes, visto que eles têm armazenado um conjunto maior de variações de discursos de pacientes em função do tempo de prática, permitindo uma percepção mais rápida e eficiente do problema (Chi, 2006; Nokes et al., 2010). O caso objetivo pode não consistir em uma situação nova, dado que é um relato muito semelhante ao que é encontrado nos livros de TCC, portanto constituindo em uma tarefa de reconhecimento para ambos os grupos de experiência, concorrendo para uma autoavaliação homogênea entre os grupos.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 19 psicoterapeutas que adotam o modelo da TCC, entre iniciantes (até 5,9 anos de carreira) e mais experientes (≥ 6 anos de experiência) que não tinham participado da etapa anterior. No primeiro grupo, obteve-se 11

participantes (8 mulheres e 3 homens) e no segundo, 8 participantes (3 mulheres e 5 homens). Os sujeitos foram alternados entre os tipos de caso.

Delineamento

Foi proposto um delineamento fatorial 2x2 entre sujeitos. As variáveis independentes foram o tempo de experiência com TCC (terapeutas com $\leq 5,9$ anos de experiência *versus* terapeutas com ≥ 6 anos de experiência) e o tipo de caso apresentado (objetivo *versus* subjetivo).

As variáveis dependentes do estudo foram a taxa de acerto do diagnóstico do caso apresentado, e o número total de metas e submetas propostas por cada grupo. O acerto do diagnóstico correspondeu à nomeação correta do transtorno de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-V (2014). Outra medida da variável dependente foi a autoavaliação de 0 a 10 que cada participante atribuiu a si mesmo em relação à dificuldade que julgaram ter tido na tarefa proposta, sendo que os extremos indicavam 0 (nenhuma dificuldade) e 10 (extremamente difícil).

Materiais

Duas versões de um caso de Transtorno de Personalidade Esquiva relativas a um paciente fictício (Ígor) foram elaboradas. Ambas as versões, os casos “Objetivo e Subjetivo” (ANEXOS C e D, respectivamente), tinham extensão semelhante e se diferenciavam quanto à apresentação dos sintomas/queixa, sendo o caso objetivo descrito na terceira pessoa e o caso subjetivo, com enxertos de relatos na 1ª e 3ª pessoas.

No caso objetivo, os sintomas foram organizados conforme descrição dos critérios diagnósticos apresentados no DSM-V (APA, 2014). Nesse caso foram citados os sintomas descritos no manual, contextualizados com breves trechos sobre a história de vida do paciente (como constituição familiar, idade do paciente e participação em atividades acadêmicas/profissionais). Como exemplos de categorias de sintomas do Caso Objetivo temos um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa.

No Caso Subjetivo, os sintomas foram apresentados como um relato mais livre, a exemplo daqueles ilustrados por A.T. Beck et al. (2010), em linguagem coloquial, com trechos de fala do paciente fictício (e.g., “*eu não me encaixo, não consigo conhecer outras pessoas*”) que correspondem aos sintomas elencados pelo DSM-V (2014), os quais sugerem crenças centrais chaves para o Transtorno de Personalidade Esquiva.

Para mensuração da variável dependente foi desenvolvido um instrumento com 10 itens, sendo 9 referentes ao caso apresentado e 1, relacionado à autoavaliação (ANEXO E, *print-screen* de uma das telas). Quanto aos itens referentes ao caso, foram abordados a hipótese diagnóstica (*Que transtorno(s) o paciente apresenta?; Que elementos na fala do paciente indicam esse transtorno?; A que sintomas esses elementos se referem?*), os problemas e metas considerando o diagnóstico hipotetizado (*Você consegue identificar/inferir os problemas e metas de Igor? Quais são eles? Exemplifique, para cada problema, que tipos de metas e submetas você buscaria desenvolver com o paciente;*) e possíveis dificuldades para o estabelecimento de metas nessa tarefa (*Existe alguma dificuldade para estabelecer metas com Igor? Se sim, essa dificuldade é sua ou dele? Descreva a estratégia que você utilizaria para resolver este*

problema). Quanto à autoavaliação, a pergunta “*Que dificuldade você sentiu ao realizar a tarefa*” deveria ser respondida, considerando uma escala de 0 (= nenhuma dificuldade) a 10 (extremamente difícil).

Procedimentos

A seleção de participantes para a pesquisa foi feita através do cadastro dos terapeutas da ABPC e FBTC (acesso público) residentes do DF. Além disso, foram feitas ligações para 2 cursos de especialização em TCC de Brasília e 1 em São Paulo, capital, requisitando-se uma lista de alunos e ex-alunos que poderiam participar da pesquisa. O CRP-01 também foi contatado, mas o Conselho informou não possuir cadastro de terapeutas especializados por abordagem. Consultas na Internet por clínicas que atendessem utilizando TCC e redes sociais (e.g., grupos de TCC; Facebook) foram utilizados para divulgar a pesquisa e/ou convidar possíveis participantes. Nesses contatos, foram explicados brevemente o objetivo, a importância e a duração aproximada da pesquisa. Com a anuência dos participantes, marcou-se um encontro presencial e individual para a coleta dos dados.

Durante o encontro para a coleta de dados, foi apresentado o TCLE (ANEXO F) e requisitado que os participantes o assinassem caso consentissem na participação. No TCLE estava explicitado o objetivo do estudo, a natureza da tarefa e a informação do tempo, estimado em 30 minutos. O TCLE também informava sigilo quanto à divulgação dos dados, os contatos da pesquisadora, de sua orientadora e do Comitê de Ética que aprovou a pesquisa. Em seguida, o estudo de caso e as questões foram apresentadas aos participantes utilizando-se o Access®, um sistema de gerenciamento de banco de dados, em um Computador Notebook ASUS A45A com processador Intel Core I5. O

participante deveria digitar as respostas nos campos específicos e ao finalizá-las, deveria selecionar a opção “Próximo” até que todo o questionário fosse respondido.

O banco de dados desenvolvido permitiu computar, além do conteúdo das respostas, os tempos específicos para leitura do caso, das perguntas e da produção de respostas.

Resultados

Considerando que as hipóteses previam diferenças quanto à taxa de acertos do diagnóstico, a hipótese de variância foi violada, dado que todos os participantes, exceto um (grupo mais experiente, caso objetivo), não conseguiram estabelecer o diagnóstico correto. Entretanto, 89% dos participantes indicaram o diagnóstico de Fobia Social, um erro compreensível dada a sobreposição dos sintomas, embora os casos contivessem elementos pertinentes para o diagnóstico diferencial.

Para os demais efeitos e, tendo sido satisfeitos os critérios de normalidade e variância, foram conduzidas ANOVAS de dois fatores independentes.

Considerando a hipótese de efeito principal referente à influência do tempo de experiência, a ANOVA de dois fatores realizada não revelou quaisquer diferenças significativas, quem fossem relacionadas ao número de soluções fornecidas [$F(1,17) = 0,086$, $p = 0,773$, $\omega p^2 = -0,05$] ou relacionadas à autoavaliação [$F(1,17) = 1,576$, $p = 0,226$, $\omega p^2 = 0,0294$].

Em relação ao Tipo de Caso, dado o Caso Objetivo, a ANOVA não revelou diferenças significativas, tanto para o número de soluções oferecidas, $F(1,17) = 0,048$, $p = 0,829$, $\omega p^2 = -0,0527$, quanto para a autoavaliação, $F(1,17) = 0,014$, $p = 0,906$, $\omega p^2 = -0,0547$.

Quanto ao efeito da interação entre o tipo de caso e o tempo de experiência, a análise da variância não indicou quaisquer diferenças significativas sobre a quantidade de metas e submetas consideradas [$F(1,17) = 0,069, p = 0,796, \omega^2 = -0,0515$].

Por outro lado, quando foi analisada a interação entre as variáveis tipo de caso e tempo de experiência, obteve-se uma razão F significativa para a autoavaliação dos participantes [$F(1,17) = 6,048, p = 0,025, \omega^2 = 0,209$], onde o caso subjetivo foi avaliado como mais difícil entre os terapeutas mais experientes e, o caso objetivo, avaliado como mais difícil entre os terapeutas menos experientes. Apesar da interação encontrada, os resultados foram parcialmente consonantes com a hipótese apresentada, pois era esperado que o caso subjetivo seria avaliado como mais difícil entre os terapeutas menos experientes. Embora, não fossem esperadas diferenças significativas entre os terapeutas experientes, assumiu-se nesse estudo que o caso objetivo poderia concorrer para valores mais altos na autoavaliação de ambos os grupos, dada a descrição objetiva dos sintomas.

Discussão

As análises realizadas na Parte II não permitiram confirmar as hipóteses de trabalho no que tange ao acerto do diagnóstico e número de metas e submetas propostas para intervenção. Justificativas para esses resultados devem levar em consideração um conjunto de possibilidades que abarcam aspectos relativos à validade ecológica do estudo e características do tipo de transtorno apresentado.

Quanto à validade ecológica, a tarefa proposta tinha caráter extremamente pontual, isto é, se referia a um recorte estático que não permitia ao terapeuta dirigir perguntas ao “paciente” para coletar informações adicionais. Isso torna o experimento

bastante distinto de uma situação clínica real, onde a construção da LPM é progressiva e dinâmica, pautada pelo empirismo colaborativo (Kuyken et al., 2010). Como sugestão para estudos futuros, 3 possibilidades, não necessariamente excludentes, podem ser consideradas: a) adotar procedimentos que impliquem em delineamentos longitudinais para uma melhor avaliação da estruturação da LPM como processo; b) aprimoramento do instrumento como entrevista semiestruturada, criando assim melhores condições para a inserção de informações relevantes que possam melhor subsidiar a hipótese diagnóstica e a consideração de metas e submetas; c) registrar por áudio ou vídeo a primeira sessão de atendimento clínico em condições naturais com o intuito de avaliar as estratégias terapêuticas iniciais relevantes para a construção da LPM, principalmente no que concerne à hipótese diagnóstica.

Quanto às características do tipo de transtorno, relevantes principalmente para a definição do diagnóstico, chama atenção o fato de que 89% dos participantes incorreram no mesmo “erro”, ou seja, identificaram exclusivamente Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social, DSM-5 [APA, 2014]) sem considerar o Transtorno de Personalidade Esquiva (TPE). No entanto, cabe ressaltar que foram incluídos, de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2014) e com o trabalho de A.T. Beck et al. (2010), diversos sintomas para se realizar o diagnóstico diferencial para distinguir o Transtorno de Personalidade Esquiva tanto dos transtornos de ansiedade como dos Transtornos de Personalidade Dependente, Esquizoide e Esquizotípico. Todavia, esta alta taxa de “erro” deveras compreensível ou justificada, dada a sobreposição dos sintomas de ambos os transtornos, sendo ainda possível a comorbidade entre os quadros. Ademais, o fato da Fobia Social ser o mais comum dentre os transtornos de ansiedade e o terceiro mais comum entre os transtornos mentais (Clark & Beck, 2012), faz com sua prevalência

atinja índices de 7% em um ano, se igualando aos índices de Depressão Maior observados no mesmo período nos Estados Unidos (DSM-V, 2014). Em consequência, razoável assumir que pode haver uma relativa alta demanda entre pacientes com Transtorno de Ansiedade Social, fazendo com que terapeutas cognitivos-comportamentais tenham uma boa chance de atendê-los. O contato prévio com esse transtorno pode ter ocasionado uma pré-ativação dos *clusters* de informação sobre Fobia Social durante o experimento, fazendo com que eles considerassem esse diagnóstico mais rapidamente e facilmente que o de TPE. Dada essa possibilidade no presente estudo, considera-se como mudanças em um estudo futuro a inserção de transtornos mais distintivos e menos prevalentes.

Considerando o tamanho da amostra, poder-se-ia argumentar que seria desejável um maior número de participantes, aumentando as chances para uma distribuição normal e maximizando o tamanho do efeito e poder estatístico. Entretanto, no contexto das pesquisas sobre expertise, amostras pequenas são bastante comuns uma vez que os delineamentos nessa área, geralmente, não incluem amostras de conveniência como em Cooper et al. (2015), Lawson (2015) e Sarsfield (2013).

Quanto à autoavaliação, foi observado um efeito de interação, onde o caso objetivo foi avaliado como sendo mais difícil entre os psicoterapeutas menos experientes e o caso subjetivo avaliado como mais difícil entre os terapeutas experientes.

Contudo, os resultados obtidos podem ser relacionados ao argumento de Chi (2006) quanto ao automonitoramento dos experts. Ela afirma que experts tem uma maior habilidade de detectar erros e o status de sua própria compreensão. Dessa forma, os experts exibiram maior correspondência entre a tarefa e a autoavaliação,

reproduzindo a dificuldade já apontada na etapa I quanto ao caráter dificultador do discurso subjetivo. Por outro lado, os terapeutas mais iniciantes podem ter superestimado sua dificuldade na tarefa, talvez dada a ambiguidade percebida no diagnóstico.

Deve-se considerar que a análise sobre autoavaliação foi feita sobre os mesmos dados que as anteriores e resultou em um efeito significativo, porém com pequeno poder estatístico. Por conseguinte, existe a possibilidade que, havendo uma amostra maior, esse poder estatístico aumente.

Para lidar com o entrave dessa pequena amostra, após a coleta realizada em Brasília, feita presencialmente, construiu-se o instrumento e enviou-se para todo o Brasil a fim de que se pudesse minimizar essa limitação. Porém, a taxa de resposta foi ainda menor ($n=2$) e descartada para análises com os dados coletados presencialmente, visto que não houve controle experimental cuidadoso. Recomenda-se, para pesquisas futuras com esse tipo de participantes, que a coleta seja feita presencialmente, que se reserve um tempo maior para a etapa e se tenha disponibilidade de se deslocar para coletar os dados.

Conclusão Geral

Esse estudo, em sua Parte I, tentou mapear as principais dificuldades na consolidação da LPM enfrentadas por psicoterapeutas no Brasil que utilizam a abordagem cognitiva-comportamental. As dificuldades foram levantadas e categorizadas tendo por base os elementos comuns entre as respostas e consideradas criticamente à luz da literatura. Dentre elas destacam-se: a necessidade de realizar intervenções terapêuticas antes de se estabelecer objetivos de trabalho, atender

pacientes com déficit intelectual, formação incompleta do psicólogo, indecisão sobre quais técnicas utilizar, conceitualização pobre do caso, associação a determinados transtornos, pacientes com discurso subjetivo e terapeutas com elaboração do caso igualmente subjetiva. Embora o estudo tenha fornecido elementos suficientes para uma análise qualitativa, a baixa adesão dos terapeutas convidados enfraquece, potencialmente, as conclusões extraídas da análise quantitativa. Sugere-se para estudos futuros uma amostra mais significativa do contingente de terapeutas que atuam no Brasil, permitindo generalizações mais seguras sobre os resultados. Adicionalmente, o instrumento carece de algumas revisões, dado que os itens abertos foram pouco respondidos na coleta *online*. Nessa direção, é sugerido um maior número de itens objetivos e uma operacionalização de termos abstratos tais quais “motivação”, “falta de foco”, “subjetividade” entre outros. Quanto às estratégias para lidar com as dificuldades, sugere-se, futuramente, um julgamento conduzido por experts em TCC para avaliar sua adequação e eficácia.

A despeito das fragilidades identificadas na Parte I, foi possível mapear as dificuldades mais recorrentes (relato subjetivo do paciente e tipo de transtorno), tornando-as passíveis de uma investigação experimental. Assim, o objetivo da Parte II foi verificar se tais dificuldades se constituíam em aspectos dificultadores da consolidação da LPM entre terapeutas com diferentes tempos de experiência.

Porém, as hipóteses de primeiro grau testadas na Parte II não foram confirmadas e, a hipótese de interação, confirmada parcialmente no que toca à autoavaliação. Razões para a rejeição da maioria das hipóteses alternativas remetem, provavelmente, a limitações do instrumento e dos procedimentos. No que diz respeito ao instrumento, considera-se que os casos apresentados não excluía a comorbidade dos quadros de

Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno de Personalidade Esquiva, a despeito nos cuidados tidos em relação ao uso de elementos para o diagnóstico diferencial. Adicionalmente, o instrumento tinha limitações que não permitiam ao entrevistado coletar mais dados para um psicodiagnóstico mais preciso, comprometendo a validade ecológica do estudo conduzido na Parte II. Reconhecendo que a LPM obedece a um transcurso dinâmico, o instrumento e o procedimento devem ser suficientemente sensíveis para capturar o caráter processual na consolidação dessa prática. Alternativas nessa direção incluem delineamentos longitudinais ou de medidas repetidas, assim como o uso de instrumentos mais flexíveis como uma entrevista semiestruturada ou ainda a observação da estruturação da LPM *in loco*.

Também pode-se investigar os outros aspectos que facilitam a construção da LPM que não foram explorados na Parte II, tais quais a aliança terapêutica sólida, um elemento fortemente preditor do sucesso terapêutico (Carter et al., 2015; Cooper et al., 2015; Leahy, 2008; Weck et al., 2015) e a adesão do paciente às práticas terapêuticas. O uso de medidas de competência (Bennett-Levy, 2006; Muse & McManus, 2013; Podell et al., 2013; Simons et al., 2010; Strunk, Hollars, Adler, Goldstein, & Braun, 2014; Webb et al., 2012) também podem ser consideradas em estudos futuros como ferramentas coadjuvantes em pesquisas experimentais.

Considerando a expectativa não confirmada sobre diferenças entre terapeutas mais ou menos experientes na perspectiva da expertise relativa (Chi, 2006), um aspecto deve ser ressaltado. A Parte I sinalizou uma diferença entre terapeutas com mais de 10 de anos de prática e terapeutas com tempo de experiência intermediário (4-9 anos), onde os últimos investem mais em formação *stricto sensu* e especialização, além de, proporcionalmente, participarem de mais atividades de aprimoramento. Isto poderia

explicar, parcialmente, os resultados na Parte II, visto que os estratos de expertise podem não ser suficientes para refletir diferenças na habilidade em construir a LPM, considerando-se, exclusivamente, o tempo de prática. A literatura clássica sobre expertise aponta diferenças qualitativas após um tempo aproximado de 10 anos (Ericsson, 2008), porém, no caso dos participantes da Parte I, os terapeutas com o tempo intermediário agrupavam um maior número de qualificações. Isso sugere que o critério para expertise no contexto clínico deve levar em conta, para além do tempo de prática, outras medidas de habilidades. Quanto ao perfil do terapeuta, embora seja necessário um maior refinamento das qualidades que o habilitam, é possível que terapeutas com tempo de experiência intermediário (4-9 anos) sejam mais qualificados que terapeutas mais experientes por terem se beneficiado, inclusive, da inclusão crescente e, relativamente recente, da abordagem cognitivo-comportamental já no âmbito da graduação.

Cabe, ainda, apontar um importante aspecto metodológico acerca dos tipos de coleta adotados nesse estudo (Fases I e II). No primeiro caso, a coleta foi *on-line* e, no segundo, presencial, sendo a coleta *on-line* vantajosa quanto ao seu alcance e consequente otimização de recursos (humanos, financeiros, etc.). Por outro lado, esse tipo de coleta implica em pouca adesão dos participantes virtuais (apenas 14 de 235 convidados aceitaram participar da Parte I!) e a maximização do efeito de possíveis variáveis estranhas. Por sua vez, a coleta presencial permite maior controle de variáveis espúrias, mas é limitada quanto ao número de participantes.

Por fim, como aspectos positivos, os estudos aqui conduzidos permitem vislumbrar uma primeira ideia sobre como está sendo desenvolvida a LPM no contexto brasileiro e que tipo de formação os terapeutas desse país têm acesso. Tais constatações

são importantes, visto que, apesar da abordagem cognitiva-comportamental já ter mais de 40 anos, as pós-graduações brasileiras na área ainda são escassas, indicando um processo de consolidação da área ainda em curso no Brasil.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais[DSM-5]*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, J. R. (2004). *Aprendizagem e Memória: Uma abordagem integrada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depressão: Causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A Unified model of depression integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 1, 1-24. doi: 10.1177/2167702616628523
- Beck, A. T, Freeman, A., & Davis, D. D. (2010). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-

- analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Botega, N. (2015). *Crise suicida, avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brauhardt, A., de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H. C., & Hilbert, A. (2015). Therapist adherence in cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder. *Psychotherapeut*, 60(3), 199-204.
doi:10.1016/j.brat.2014.07.014
- Carter, J. D., Crowe, M. T., Jordan, J., McIntosh, V. V., Frampton, C., & Joyce, P. R. (2015). Predictors of response to CBT and IPT for depression; the contribution of therapy process. *Behaviour research and therapy*, 74, 72-79.
doi:10.1016/j.brat.2015.09.003
- Chi, M. T. H. (2006). Two approaches to the study of experts' characteristics. In K. A. Ericsson, N. Charness, R. R. Hoffman, & P. J. Feltovich (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp-21-30). New York, NY: Cambridge University Press.
- Chi, M. T. H., Glaser, R., & Rees, E. (1982). Expertise in problem solving. In *Advances in the psychology of human intelligence*. Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cleary, T. J., & Zimmerman, B. J. (2001). Self-regulation differences during athletic practice by experts, non-experts, and novices. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(2), 185-206. doi: 10.1080/104132001753149883

- Cooper, A. A., Strunk, D. R., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Gallop, R., (2015). The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 113-119. doi:10.1016/j.jbtep.2015.06.005
- De Groot, A. D. (1946/1978). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton Publishers.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2011). *A terapia cognitiva baseada em evidências*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Ericsson, K. A. (2005). Recent advances in expertise research: A commentary on the contributions to the special issue. *Applied Cognitive Psychology*, 19(2), 233-245. doi: 10.1002/acp.111
- Ericsson, K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academic Emergency Medicine*, 15, 988-994. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00227.x
- Ericsson, K. A., & Simon, H. A., (1993). *Protocol analysis: Verbal reports as data*. Cambridge, MA: Bradford Books/ MIT Press
- Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2011). *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Gillund, G., & Shiffrin, R. M. (1984). A retrieval model for both recognition and recall. *Psychological review*, 91(1), 1-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033->

- 295X.91.1.1 Golden, W. L. (1983). Resistance in cognitive-behaviour therapy. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 33-42.
- González-Rey, F. (2005). O compromisso ontológico na pesquisa qualitativa. In *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade – Os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199-212. doi:10.1016/j.beth.2009.01.007
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2):54-64.
- Kuyken, W. Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Krüger, H. (2015). A contribuição dos valores para a terapia cognitiva. In *Psicologia e Saber Social*, 4(2), 153-167. doi: 10.12957/psi.saber.sco.2015.20074
- Lei 4.119 (1962). Em *Constituição Brasileira*.

- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465808004852>
- Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R., & Lima, P. A. S. P. (2007). Depressão. In *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., ...Seligman, M. E., (2007). Character strengths in the United Kingdom: The VIA inventory of strengths. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 341-351. doi:10.1016/j.paid.2006.12.004
- Lawson, G. A. V. (2015). *O papel da representação mental da tática no desenvolvimento da proficiência tática esportiva*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Distrito Federal.
- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez-Montes, M., Fennell, M., & Kennerley, H. (2010). An evaluation of the effectiveness of diploma-level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1123-1132. doi:10.1016/j.brat.2010.08.002
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33, 484-499. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.010
- Nokes, T. J, Schunn, C. D, & Chi, M. T. H. (2010). Problem solving and human expertise. In P. Peterson, E. Baker & B. McGaw (Eds.), *International encyclopedia of education*, Vol. 5 (pp. 265-272). Oxford: Elsevier.

- Patel, V. L., & Groen, G. J., (1991). The general and specific nature of medical expertise: A critical look. In K. A. Ericsson, & J. Smith (Eds.), *Toward a general theory of expertise: Prospects and limits*, p. 93–125. Cambridge: Cambridge University Press.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575. doi: 10.1007/BF01205010.
- Pimenta, S. G. (2013). *A relação entre informação e a estrutura de conhecimento na resolução de problemas: Estudo experimental*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Distrito Federal.
- Podell, J. L., Kendall, P. C., Gosch, E. A., Compton, S. N., March, J. S., Albano, A. M., & Piacentini, J. C. (2013). Therapist factors and outcomes in CBT for anxiety. *Youth Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 89–98. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031700>
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496-516.
- Reinecke, M. A, Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2009). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Relatos de casos e a prática clínica*. São Paulo: LMP.
- Resolução nº 5 (2011). Ministério da Educação [MEC]. Brasil. Resolução nº 13 (2007). Conselho Federal de Psicologia. Brasil.
- Rikers, R. M. J. P., Schimidt, H. G., & Moulart, V. (2005). Biomedical knowledge: encapsulated or two worlds apart? *Applied Cognitive Psychology*, 28, 223–231. doi:10.1002/acp.1107

- Sarsfield, E. (2013). Differences between 'novices' and experts' Solving Ill-Structured Problems. *Public Health Nursing, 31*(5), 444–453. doi: 10.1111/phn.12100
- Shah, J. Y. (2005). The automatic pursuit and management of goals. *Current Directions in Psychological Science, 14*(1), 10-13. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00325.x
- Simon, H. A., & Chase, W. G. (1973). Skill in chess. *American Scientist, 61*(4), 394 - 403.
- Simon, H. A., & Newell, A. (1971). Human problem solving: The state of the theory in 1970. *American Psychologist 26*(2), 145. <http://dx.doi.org/10.1037>
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K.,... Beck, A.T. (2010). Training and dissemination of Cognitive Behavior Therapy for depression in adults: A Preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 751-756. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020569>
- Simpson, H. B., Maher, M. J., Wang, Y., Bao, Y., Foa, E. B., & Franklin, M. (2011). Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 247-252. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022659>
- Strunk, D. R., Hollars, S. N., Adler, A. D., Goldstein, L. A., & Braun, J. D. (2014). Assessing patients' cognitive therapy skills: Initial evaluation of the competencies of Cognitive Therapy Scale. *Cognitive Therapy Research, 38*, 559–569. doi 10.1007/s10608-014-9617-9
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2012). Predictors of patient cognitive therapy skills and

symptom change in two randomized clinical trials: The role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 373-381. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027663>

Weck, F., Jakob, M., Neng, J., Höfling, V., Grikscheit, F., & Bohus, M. (2015). The effects of bug-in-the-eye supervision on therapeutic alliance and therapist competence in cognitive-behavioural therapy: a randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*. Artigo recuperado em 09 de maio de 2016, https://www.researchgate.net/profile/Volkmar_Hoefling/publication/280120095_The_Effects_of_BugintheEye_Supervision_on_Therapeutic_Alliance_and_TherapistCompetence_in_CognitiveBehavioural_Therapy_A_Randomized_Controlled_Trial/links/55d4391f08ae7fb244f599f6.pdf

Weiss, D. J., & Shanteau, J. (2014). Who's the best? A relativistic view of expertise. *Applied Cognitive Psychology*, 28, 447-457. doi:10.1002/acp.3015

Witteman, C. L., Weiss, D. J., & Metzmacher, M. (2012). Assessing diagnostic expertise of counselors using the Cochran–Weiss–Shanteau (CWS) index. *Journal of Counseling & Development*, 90(1), 30-34. doi:10.1111/j.1556-6676.2012.00005.x

ANEXOS

ANEXO A - Questionário sobre a Lista de Problemas e Metas

1. Você é graduado em?

Psicologia ()

Outro curso ()

Qual? _____

2. Pós-Graduação:

3. Em andamento () Concluído () Não fiz pós-graduação()

a) Mestrado:

Em andamento () Concluído () Não fiz Mestrado ()

b) Doutorado:

Em andamento () Concluído () Não fiz Doutorado ()

4. Especialização ou Formação em Psicoterapia :

a) Em andamento() Concluída()

Não fiz nenhuma formação/especialização em Psicoterapia ()

Caso tenha assinalado os itens “em andamento” ou “concluída” na pergunta 4, por favor, responda ao item “b”.Caso contrário, pule para questão 5.

b) A sua formação/especialização é em:

Terapia Cognitiva ou Cognitivo-Comportamental ()

Terapia Comportamental ()

Outra abordagem clínica ()

5. Com que frequência você costuma participar de atividades de aprimoramento na sua área de atuação (Congressos, Encontros, Colóquios, Seminários, *Workshops* ou afins)?

() ≤ 1 participação em um período de três anos

() 2 a 4 participações em um período de três anos

() ≥5 participações me um período de três anos

14. Como você superou essa dificuldade?

15. Na sua opinião, qual a principal característica do terapeuta que pode **dificultar** o desenvolvimento da LPM?

16. Na sua opinião, qual a principal característica do terapeuta que pode **facilitar** o desenvolvimento da LPM?

17. Como terapeuta, como você se classificaria quanto a sua habilidade na construção da LPM?

Péssimo () Ruim () Razoável () Bom () Muito bom () Excelente ()

18. Qual é a maior dificuldade dos pacientes para desenvolver a lista de problemas e metas?

19. Na sua opinião, qual a principal característica do paciente que pode **dificultar** o desenvolvimento da LPM?

20. Na sua opinião, qual a principal característica do paciente que pode **facilitar** o desenvolvimento da LPM?

21. Você acha que existe relação entre o tipo de transtorno dos pacientes e a dificuldade em desenvolver uma LPM?

Sim ()

Não ()

Caso tenha respondido afirmativamente à pergunta 21 responda aos itens abaixo. Caso contrário, pule para questão 23.

22. Em função do transtorno, você considera que as dificuldades podem ser diferentes?

Sim () Não ()

Caso tenha respondido afirmativamente à pergunta 22 responda aos itens abaixo. Caso contrário, pule para questão 24.

23. Cite dois tipos de transtornos e suas principais dificuldades associadas:

Transtorno 1: _____

Principal dificuldade:

Transtorno 2: _____

Principal dificuldade:

24. Escolha 2 características de TC (ou TCC) abaixo que você julga serem mais importantes para o estabelecimento de metas:

() aliança terapêutica sólida

() nível escolar do paciente

() tipo de transtorno apresentado

() bom entendimento do modelo terapêutico

experiências anteriores com terapia

motivação do paciente

Outras:

Quais? _____

Muito obrigada pela sua contribuição. Caso deseje receber os resultados da pesquisa ou fazer alguma observação/comentário, mandar um e-mail para brunajallesplima@gmail.com

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parte I)**Universidade de Brasília**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa sobre dificuldades no estabelecimento de metas em terapia cognitiva, pesquisa de responsabilidade de Bruna Jalles Peixoto Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof^ª Dra. Goiara Mendonça de Castilho. O objetivo desta pesquisa é investigar a correlação entre as habilidades em resolução de problemas e o desenvolvimento da Lista de Problemas e Metas, um instrumento terapêutico.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Asseguro a você que seu nome não será divulgado, mantendo-se rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo. Todos os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa até que se finde o prazo para conclusão do mestrado, sendo depois arquivados no Laboratório de Processos Cognitivos (PPB/UnB).

Sua participação envolve responder a um questionário, que é composto por 25 itens, sendo 19 de múltipla escolha e 6 abertos. O tempo para leitura e resposta é livre, embora sejam previstos 30 minutos para o completo preenchimento do questionário.

Sua participação na pesquisa não implica nenhum risco, é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso você tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, pode me contatar através do telefone (61) 9112-6332 ou pelo e-mail brunajallesplima@gmail.com. A Dra. Goiara Mendonça de Castilho, orientadora dessa pesquisa, também pode ser contatada através do e-mail goiaracastilho@gmail.com ou pelo telefone: (61) 3107-6959.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos no CEP através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cep_ih@unb.br.

Este termo se encontra redigido em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para a pesquisadora.

Muito obrigada!

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO C

Caso Objetivo

Igor é um jovem adulto (19 anos), filho mais velho de um casal que possui 3 filhos e está esperando o 4º. Ele está estudando para os exames de vestibular e ENEM, sendo esta sua segunda tentativa para o vestibular. O paciente apresenta um padrão invasivo de inibição social, com sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, presente em uma variedade de contextos, incluindo desde contatos superficiais, como falar com a atendente do supermercado e contatos que seriam mais íntimos, como as interações com sua família e amigos. Igor demonstra também ter grande dificuldade em se colocar para você, terapeuta, passando por longos períodos de silêncio durante a sessão e, ao ser questionado de diversas maneiras, ele relata estar “tendo um branco”, não elabora uma resposta e muda de assunto, principalmente quando se trata de pensamentos e sentimentos disfóricos. Ele também não realiza as tarefas de casa com frequência. No entanto, o paciente comparece regularmente às sessões e não se atrasa, expressando com convicção seu desejo de mudar. Igor relata que os sintomas surgiram quando ele era criança, tendo prevalecido ao longo de sua vida. Ele evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição. O paciente demonstra relutar a envolver-se com pessoas, a menos que tenha certeza de sua estima, e mesmo em relacionamentos íntimos, mostra-se reservado em razão do medo de ser envergonhado ou ridicularizado. Igor apresenta ainda excessiva preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais e também inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação. Ele vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atributos pessoais e inferior e é extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas podem ser embaraçosas. Igor expressa grande desejo de afeição, aceitação e amizade. Ele tem poucos amigos, que admira e percebe como pessoas fortes, mas com quem o contato se limita a conversas por meio de mensagens trocadas pelo celular e computador, que são elaboradas e avaliadas por ele durante várias horas até decidir enviá-las. Quando ocorre encontro cara a cara com esses amigos, o paciente não consegue participar das conversas.

ANEXO D

Caso Subjetivo

Igor é um jovem adulto (19 anos), filho mais velho de um casal que possui 3 filhos e está esperando o 4º. Ele está estudando para os exames de vestibular e ENEM, sendo esta sua segunda tentativa para o vestibular. Ele demonstra ter grande dificuldade em se colocar para você, terapeuta, passando por longos períodos de silêncio durante a sessão e, ao ser questionado de diversas maneiras, relata estar “tendo um branco”, não elabora uma resposta e muda de assunto, principalmente quando se trata de pensamentos e sentimentos disfóricos. Ele também não realiza as tarefas de casa com frequência. No entanto, o paciente comparece regularmente às sessões e não se atrasa, expressando com convicção seu desejo de mudar. Igor relata que os sintomas surgiram quando ele era criança, tendo prevalecido ao longo de sua vida. A seguir são apresentados alguns trechos de relato do paciente: “As outras pessoas são superiores a mim e me rejeitarão e criticarão quando me conhecerem e verem como eu faço os meus trabalhos” (sobre conhecidos, desconhecidos e familiares, ocorrendo na maioria das situações), “É a mesma coisa que acontece com as pessoas que eu me interessar, não consigo acreditar nelas” e “Eu nunca posso ter certeza de que as pessoas gostam de mim”. “Em meus relacionamentos mais próximos, não consigo *puxar* um assunto nem fazer os comentários que quero” (para dar continuidade às conversas). Ao ser questionado sobre o que sente nessas situações, o paciente responde geralmente que “estou travando”, não emitindo resposta alguma. Igor tem convicção de que “A maioria das pessoas não tem esses sentimentos” (que ele julga como ruins) e que “o normal é fazer todas as suas obrigações, sem se preocupar nunca”. Além disso, o paciente coloca que “eu não me encaixo, não consigo conhecer outras pessoas” e quando são sugeridas possíveis atitudes a serem tomadas quanto a isso, o paciente afirma que “eu não vou conseguir”, ficando extremamente ruborizado e com postura corporal rígida. Igor expressa que “quero conseguir conversar com as pessoas e fazer novos amigos” e “quero conseguir me comunicar como as pessoas fazem normalmente”. Ele tem poucos amigos, que admira e percebe como pessoas fortes, mas com quem o contato se limita a conversas por meio de mensagens trocadas pelo celular e computador, que são elaboradas e avaliadas por ele durante várias horas até decidir enviá-las. Quando ocorre encontro cara a cara com esses amigos, o paciente não consegue participar das conversas.

ANEXO E

Instrumento desenvolvido no Access®

Respostas

Estudo: **Etapa II**

Objeto

Enunciado

Colaborador:

Resposta

Igor é um jovem adulto (19 anos), filho mais velho de um casal que possui 3 filhos e está esperando o 4º. Ele está estudando para os exames de vestibular e ENEM, sendo esta sua segunda tentativa para o vestibular. O paciente apresenta um padrão invasivo de inibição social, com sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, presente em uma variedade de contextos, incluindo desde contatos superficiais, como falar com a atendente do supermercado e contatos que seriam mais íntimos, como as interações com sua família e amigos. Igor demonstra também ter grande dificuldade em se colocar para você, terapeuta, passando por longos períodos de silêncio durante a sessão e, ao ser questionado de diversas maneiras, ele relata estar “tendo um branco”, não elabora uma resposta e muda de assunto, principalmente quando se trata de pensamentos e sentimentos disfóricos. Ele também não realiza as tarefas de casa com frequência. No entanto, o paciente comparece regularmente às sessões e não se atrasa, expressando com convicção seu desejo de mudar. Igor relata que os sintomas surgiram quando ele era criança, tendo prevalido ao longo de sua vida. Ele evita atividades ocupacionais que envolvam

Que transtorno(s) que o paciente apresenta?

Não sei/ Não responder

Cancelar Questionário

1ª questão de 6

ANEXO F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parte II)**Universidade de Brasília**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) a participar de uma pesquisa sobre dificuldades no estabelecimento de metas em terapia cognitiva, pesquisa de responsabilidade de Bruna Jalles Peixoto Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof.^a Dra. Goiara Mendonça de Castilho. O objetivo desta pesquisa é investigar a correlação entre as habilidades em resolução de problemas e o desenvolvimento da Lista de Problemas e Metas, um instrumento terapêutico.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Asseguro a você que seu nome não será divulgado, mantendo-se rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo. Todos os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa até que se finde o prazo para conclusão do mestrado, sendo depois arquivados no Laboratório de Processos Cognitivos (PPB/UnB).

Sua participação envolve a leitura de um caso e subseqüentes respostas a 6 perguntas sobre o mesmo. O tempo para leitura e resposta é livre, embora sejam previstos 30 minutos para o completo preenchimento do protocolo.

Sua participação na pesquisa não implica nenhum risco, é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso você tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, pode me contatar através do telefone (61) 9112-6332 ou pelo e-mail brunajallesplima@gmail.com. A Dra. Goiara Mendonça de Castilho, orientadora dessa pesquisa, também pode ser contatada através do e-mail goiaracastilho@gmail.com ou pelo telefone: (61) 3107-6959.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos no CEP através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cep_ih@unb.br.

Este termo se encontra redigido em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para a pesquisadora.

Muito obrigada!

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora