



A Adesão Terapêutica em Terapia Cognitivo Comportamental

Isabel Maria dos Santos Pereira - 20001

ISMAI – Instituto Universitário da Maia

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Maria Anita Carvalho dos Santos

Outubro, 2014

Agradecimentos

Terminando esta etapa, gostava de salientar alguns agradecimentos, todos eles de importância relevante para o meu percurso.

À instituição de ensino, ISMAI – Instituto Universitário da Maia, dando os meus parabéns, pela escolha dos docentes que para além de serem profissionais exemplares, conseguem criar um sentimento de camaradagem e amizade nos alunos, contribuindo para o seu bem-estar geral e o empenho académico.

Ao Prof. Dr. João Salgado e ao Dr. Hernâni, pelo apoio como bolsista do CASP-Centro de Apoio Psicológico do ISMAI, sem cuja ajuda financeira não me permitiria a conclusão do Mestrado.

À Prof.^a Dr.^a Anita Santos que sempre acreditou nas minhas potencialidades, acompanhando-me e incentivando-me até esta etapa final.

A todos os professores com quem tive o privilégio de lidar que serão recordados com amizade, porque todos contribuíram para o meu crescimento intelectual.

Um agradecimento especial à Ana Bela pela sua colaboração preciosa e à Lili pelo companheirismo e pela sua dedicação à nossa amizade.

Aos terapeutas e colegas do CASP pelo bom ambiente de trabalho e de amizade que me proporcionaram.

A todos(as) os(as) amigos(as) que me acompanharam ao longo deste percurso e que acreditaram nas minhas capacidades mais do que eu própria e me foram dando incentivo para não desistir: Sara Leite, Fatinha, António, Isabel Fernandes, D. Rosa, Cristina Montanha, Elisabete Teixeira, Sara Pereira, Paula Peixoto, Sílvia, ...

E por fim, àqueles que mais amo:

Aos meus três filhos Sofia, Gabriel e Daniela, que se zangavam comigo por se verem privados da minha companhia em muitos momentos que gostariam de estar comigo: Agora vou ter mais tempo para vos dedicar!

À minha mãe, pelo seu apoio incondicional e pela sua ajuda preciosa com as minhas tarefas diárias de casa e família.

Ao João: ainda te amo!

Não! Não me esqueci de ti, pai! Continuarás sempre vivo dentro de mim porque o curto percurso que tivemos juntos foi suficiente para me sentir amada e protegida...

A todos que me acompanharam neste percurso dentro e fora do ISMAI, o meu reconhecimento de amizade.

*“abre a embalagem da tua matéria.
procura dentro dela
a tua essência
se a encontrares
descobrirás
que a necessidade de afirmação social
é ridícula e temporal.
o valor do ser humano está dentro e não fora de si.”*

Gonçalves, T. (2011). *Pleno Verbo*. S. Mamede Infesta: edium editores de A. S. Castelo

Branco (239)

A Adesão Terapêutica em Terapia Cognitivo Comportamental

Resumo

Algumas investigações recentes têm vindo questionar a importância do papel da adesão terapêutica na eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental. Este estudo tem como objetivo contribuir para o conhecimento da evolução da adesão o longo do processo terapêutico. Deste modo, pretende-se analisar de que forma, evoluiu a adesão terapêutica em seis casos tratados com base no Manual de Terapia Cognitivo Comportamental para a Depressão através da visualização e codificação de cinco sessões gravadas de cada caso, correlacionando esta variável com a sintomatologia depressiva e com a sintomatologia geral e também, verificar se existem diferenças de adesão entre dois casos de sucesso e dois casos de insucesso tratados pelos mesmos terapeutas. Os resultados revelam que no grupo de díades terapêuticas analisadas a adesão ao manual terapêutico em terapia cognitivo-comportamental é geralmente alta. Desta forma, obtiveram-se indícios de que uma boa adesão no início da terapia se relaciona positivamente com uma evolução positiva da sintomatologia. No entanto, a partir das quatro primeiras sessões iniciais os resultados sugerem que, uma maior rigidez ao manual poderão originar dificuldades no processo terapêutico enquanto que uma maior flexibilidade da díade parece obter resultados mais favoráveis.

Palavras Chave: *Adesão terapêutica; competência do terapeuta; eficácia na TCC; formação terapêutica; Cognitive Therapy Scale*

The Therapeutic Adherence in Cognitive Behavioral Therapy

Abstract

Some recent investigations have been questioning the importance of the role of adherence on the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy. This study aims to contribute to the knowledge of the evolution of the membership during the therapeutic process. Thus, we intend to analyze how evolved therapeutic adherence in six treated cases based on the Manual of Cognitive Behavioral Therapy for Depression by viewing and coding of recorded five sessions of each case, this variable correlated with depressive symptomatology and the general symptoms and also check if there are differences in adhesion between two successful cases and two unsuccessful cases treated by the same therapists. The results reveal that the group of therapeutic dyads analyzed adherence to therapeutic manual in cognitive-behavioral therapy is generally high. Thus, we obtained evidence that good adherence early in therapy relates positively with a positive evolution of symptoms. However, from the first four initial sessions the results suggest that greater rigidity to the manual may lead to difficulties in the therapeutic process while greater flexibility of the dyad seems more favorable results.

Keywords: *Therapist adherence; therapist competence; efficacy in CBT; therapist training; Cognitive Therapy Scale*

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| Terapia Cognitivo Comportamental na Depressão..... | 2 |
| Aplicação da TCC | 3 |
| Eficácia da TCC..... | 3 |
| Adesão e Competência Terapêutica | 5 |
| Adesão Terapêutica | 5 |
| Características da Adesão Terapêutica | 6 |
| Competência Terapêutica | 7 |
| Formação e Treino de Psicoterapeutas como contributo à adesão do manual terapêutico | 8 |
| Flexibilidade á adesão do manual terapêutico | 10 |
| Avaliação de Terapeutas formados em Terapia Cognitivo Comportamental..... | 11 |
| Supervisão do Treino Terapêutico..... | 12 |
| Juízes independentes..... | 12 |
| Estudos realizados com a <i>Cognitive Therapy Scale</i> | 13 |
| Questão de partida e objetivos do presente estudo | 14 |
| Método | 15 |
| Clientes | 15 |
| Terapeutas..... | 17 |
| Investigadores..... | 17 |
| Instrumentos | 17 |
| <i>Beck Depression Inventory – II</i> | 17 |
| <i>Outcome Questionnaire-45</i> | 18 |
| <i>Cognitive Therapy Scale</i> | 19 |
| Procedimentos | 21 |

| | |
|---|----|
| Cálculo da Fidelidade | 22 |
| Resultados | 23 |
| Evolução da Adesão Terapêutica | 23 |
| Relação da evolução da Adesão Terapêutica com a sintomatologia depressiva e com a sintomatologia geral | 25 |
| Evolução da sintomatologia depressiva..... | 26 |
| Evolução da sintomatologia geral..... | 26 |
| Relação da evolução de Adesão com o BDI-II e o OQ-45.2..... | 26 |
| Diferenças de adesão em casos de sucesso e casos de insucesso | 28 |
| Discussão | 28 |
| Conclusão | 30 |
| Referências Bibliográficas | 32 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. <i>Valores do ICC para cada caso analisado</i> | 23 |
| Tabela 2. <i>Evolução da sintomatologia depressiva</i> | 26 |
| Tabela 3. <i>Evolução da sintomatologia geral</i> | 26 |
| Tabela 4. <i>Relação da evolução de adesão com BDI-II e OQ-45</i> | 27 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. <i>Evolução da adesão ao longo das sessões</i> | 25 |
|--|----|

Introdução

De acordo com a Direção Geral da Saúde, Portugal é um dos países da Europa com mais doenças mentais, sendo em 2010, a perturbação depressiva, a 3^a causa da carga global dessas doenças, com uma previsão de agravamento até 2030, acarretando custos que podem chegar até 20% dos custos totais da saúde do orçamento público (DGS, 2012).

Por outro lado, a OPP - Ordem Portuguesa dos Psicólogos efetuou um estudo que permitiu identificar a efetividade da intervenção psicológica das intervenções psicoterapêuticas breves como a Terapia Cognitiva Comportamental na redução dos custos com os serviços de saúde (OPP, 2011).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido, pelas suas características de terapia breve e comprovada eficácia, a terapia mais estudada nos últimos 30 anos (Webb et al., 2012). Continua a ser uma preocupação dos investigadores, perceber as variáveis que mais influenciam o tratamento com TCC, visto que estas respostas, poderão aumentar significativamente a sua utilização para o sucesso em novos casos de psicoterapia.

Deste modo, muitas investigações têm-se debruçado sobre o processo da adesão terapêutica relativamente aos manuais de psicoterapia, efetuando avaliações das sessões terapêuticas, na tentativa de melhorar a qualidade terapêutica (Brown et al., 2013; Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Levinson & Barber, 2003; Fairburn & Cooper, 2011; Simons et al., 2010; Beidas & Kendall, 2010).

Assim, o presente deste estudo, visa compreender a contribuição da adesão terapêutica da terapia cognitivo comportamental, tentando perceber de que forma, ou em que momentos, a adesão terapêutica ao manual de terapia cognitiva pode ser influente no sucesso terapêutico dos quadros depressivos.

Terapia Cognitiva Comportamental na Depressão

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) combina as vertentes cognitiva e comportamental, focando-se na mudança dos pensamentos e dos comportamentos desadaptativos para o sujeito, por outros mais adaptativos para promoção do seu bem-estar (Dobson, 1989, cit in Butter & Beck, 1995).

A TCC tem origem nos trabalhos pioneiros de investigação sobre a depressão de Aaron Beck, cujo manual escrito em coautoria da *Terapia Cognitiva da Depressão* (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) continua a ser uma referência-chave na área da depressão e tem servido como o manual de tratamento base para uma considerável pesquisa de resultados noutras perturbações (Beck, 2010). Assim, a teoria cognitiva de Beck, (Beck et al., 1979; Gonçalves, 1994) assenta em três elementos: esquemas negativos, tríade cognitiva e distorções cognitivas: os esquemas negativos são caracterizados por estruturas de pensamento enviesadas negativamente que levam à tríade cognitiva; esta tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo em que a pessoa tende a ver-se a si própria como inadequada ou incapaz (“*não sirvo para nada*”), a ter uma visão negativa da realidade com os outros “*ninguém gosta de mim*” e com o futuro “*nunca serei feliz*”; dando lugar às distorções cognitivas que se refletem em erros sistemáticos da forma como a informação é processada (inferência arbitrária, abstração seletiva, maximização/minimização sobregeneralização, pensamento dicotómico/absolutista e personalização).

Vários autores também foram relevantes no contributo da TCC, nomeadamente: os trabalhos de Pavlov sobre o condicionamento clássico; os de Skinner sobre o condicionamento operante estabelecendo a relação entre o comportamento e o ambiente; Albert Ellis com a *Teoria Racional Emotiva*, Donald Meichenbaum com o *Treino de*

Auto-instrução e Albert Bandura com a *Teoria da Aprendizagem Social*, entre outros. (Gonçalves, 1994; Hawton, Slkovskis, Kirk & Clark, 1997; Knapp et al, 2004).

Mais recentemente destaca-se ainda como contributo para a TCC, Jeffrey Yong com o desenvolvimento da *Terapia do Esquema* e Marsha Linehan com o desenvolvimento da *Terapia Comportamental Dialética* (Knapp et. al, 2004).

Aplicação da TCC

A TCC é assim, um modelo de intervenção psicológica no qual se visa dotar o cliente de ferramentas que lhe permitam ser úteis na resolução de problemas dentro do contexto terapêutico e fora dele. O processo terapêutico é estruturado em tempo limitado e regido por outros fatores como: formulação clínica contínua do desenvolvimento do cliente e dos seus problemas; uma aliança terapêutica segura; o *empirismo colaborativo* (em que o terapeuta e cliente estabelecem uma boa relação de trabalho ativo); psicoeducação; ativação comportamental; e reestruturação cognitiva (Beck, 1995).

Eficácia da TCC

A eficácia da terapia cognitiva está bem demonstrada (Strunk, DeRubeis & Hollon, 2010), tendo-se efetuado estudos, nos últimos 30 anos, que comprovam a eficácia da terapia cognitiva no tratamento da depressão reduzindo o risco de recaída e de recorrência (Bockting, 2010; Simons et al., 2010; Jacobsen, Hansen, Storebø, Simonson & Gluud, 2011) demonstrando que a redução de sintomas tem um efeito similar ao tratamento farmacológico (Webb et al., 2012).

A TCC é a psicoterapia mais estudada para o tratamento para a depressão. Cuijpers et al., (2013), conduziram uma meta-análise, examinando os efeitos da TCC, em comparação com grupos de controlo, outras psicoterapias e farmacoterapia, concluindo que, embora existam outros tratamentos que se aproximam da sua eficácia

global, não existem dúvidas de que a TCC é um tratamento eficaz para depressão em adultos. Os autores também concluíram que, embora a sua análise demonstre que a TCC para a depressão em adultos seja eficaz, nem todas as pessoas podem beneficiar deste tratamento, sugerindo que em investigações futuras sejam investigadas características individuais que possam influenciar a eficácia da TCC para a depressão.

Jacobsen et al. (2011) usaram a metodologia de revisão sistemática de meta-análises e julgamento de análises sequenciais de ensaios clínicos randomizados para comparar os efeitos da terapia cognitiva versus “não intervenção” em participantes maiores de 17 anos e que tivessem sido diagnosticados com a perturbação depressivo major. Concluíram que a terapia cognitiva reduziu significativamente os sintomas depressivos, medidos pelas escalas *Hamilton Depression Rating Scale* - HDRS e pelo *Beck Depression Inventory* - BDI, em comparação com a “não intervenção”, demonstrando a sua eficácia. Os autores, referem que, embora a terapia cognitiva possa ser um tratamento eficaz para a depressão, os efeitos sobre o comportamento suicida, os eventos adversos e a qualidade de vida, não são claros, sendo necessários mais estudos para avaliar os benefícios e os danos com desfechos clinicamente relevantes.

Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer e Fang (2012), também num estudo de revisão de meta-análises, e sobre a eficácia da TCC, demonstraram que este tratamento foi utilizado para uma ampla variedade de problemas psicológicos e que a base de evidências do tratamento é muito forte, especialmente para o tratamento de perturbações de ansiedade, existindo, no entanto, uma necessidade clara para estudos de alta qualidade que examinam a eficácia do TCC sugerindo que, não obstante à alta relação custo-eficácia da intervenção, ainda são necessárias novas melhorias nas estratégias de TCC.

Adesão e Competência Terapêuticas

Schoenwald e Garland (2013) referem que são essenciais indicadores de adesão ao tratamento para os interessados em saúde mental (clientes e profissionais) no sentido de determinar se os resultados do cliente em cuidados de rotina são ou não atribuíveis a um determinado tratamento ou falha na implementação do tratamento.

A competência profissional do terapeuta supõe que exista adesão, no entanto, a adesão ao modelo terapêutico não implica necessariamente que exista competência (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

Segundo Barber, Liese e Abrams (2003), a adesão não garante competência mas é uma condição necessária para a competência.

Weck, Bohn, Ginzburg e Stangier (2011) referem que os altos níveis de adesão e competência devem ser determinados de forma a poder atribuir-se os efeitos terapêuticos e as melhorias do cliente à correspondente forma de tratamento.

Adesão Terapêutica

A literatura é escassa no que concerne a estudos que contemplem apenas o termo *adesão*, que aparece quase sempre associado ao termo *competência* (Weck et al., 2011; Denhag, et al., 2012). No entanto, mediante a literatura já existente, pode considerar-se a análise da adesão sob três pontos de vista: adesão do terapeuta (Waltz et al., 1993; Barber et al., 2003), adesão do cliente (Simpson, Maher, Wang, & Bao, 2011; Martin, Williams, Haskard, & DiMatteo, 2005) e adesão em diferentes modalidades terapêuticas (Hogue, Henderson, Dauber, Barajas, Fried, & Liddle, (2008).

Nesse sentido, importa mencionar que a presente investigação tem como foco primordial centrar-se na adesão do terapeuta.

Waltz et al., (1993), referem o termo *adesão* como sendo a avaliação feita ao terapeuta, no sentido de apurar se este aplica as técnicas e intervenções estabelecidas no

manual ou se as evita. Segundo Waltz et al., (1993), o método de avaliação é classificado pela frequência das ocorrências ou não ocorrências das técnicas e da extensão das mesmas durante as intervenções prescritas no manual de psicoterapia, sendo esta avaliação efetuada por juízes independentes através da visualização das gravações das sessões.

A adesão é definida como a medida em que um terapeuta aplica as intervenções descritas no manual de tratamento (Weck et al., 2011).

Características da adesão terapêutica

Segundo Hogue et al., (2008) um número considerável de estudos examinaram a associação entre a adesão e os resultados, tendo chegado a resultados mistos: alguns concluíram que a forte adesão reflete a rigidez terapêutica e excesso de confiança na técnica, prejudicando um desenvolvimento de uma relação terapêutica forte; outros descobriram que uma maior adesão prevê melhor resultado e que a adesão em sessões de tratamento precoce, ou prediz, ou é previsto pela melhora dos sintomas no início.

Algumas características de adesão terapêutica, nomeadamente a atribuição de trabalho de casa ao cliente, têm demonstrado uma maior mudança terapêutica (Detweiler-Bedell e Wihisman, 2005, cit (Kazantzis, Deane e Ronan, 2000)).

Detweiler-Bedell e Wihisman, (2005) estudaram características de adesão do terapeuta como: a definição de metas concretas para o cliente, verificando se foi especificada a quantidade, frequência ou o tempo a ser gasto para a compreensão do cliente na lição de casa; e se o terapeuta deu início a uma desconstrução de potenciais obstáculos para completar a tarefa de casa por parte do cliente, tais como a crença de que o trabalho de casa não vai ajudar ou de que a família não aprova a terapia. Os autores concluíram que o estabelecimento de metas concretas pelo terapeuta está associado com menor sintomatologia depressiva e melhor funcionamento para o cliente

principalmente durante o acompanhamento e no pós-tratamento e que, relativamente à desconstrução de barreiras do cliente para efetuar os trabalhos de casa, esta resulta num maior envolvimento de cliente obtendo melhores resultados durante o tratamento e durante 2 anos.

Competência Terapêutica

Waltz et al., (1993) explicam que o termo *competência* é usado para descrever o grau de condução das intervenções prescritas, ou seja, a forma como são aplicadas as referidas intervenções, respondendo a aspetos relevantes do contexto como grau de comprometimento do cliente, problemas particulares manifestados pelo cliente, a situação de vida do cliente e stress de vida, e fatores como o estágio da terapia, o grau já conseguido e a sensibilidade ao tempo em que as intervenções são aplicadas. Assim, a competência do terapeuta pode ser definida como o grau em que um terapeuta tem o conhecimento e habilidade necessária para aplicar um tratamento com o padrão necessário, de modo a que possa atingir os efeitos esperados (Fairburn & Cooper, 2011).

Strunk, Brotman, DeRubeis e Hollon, (2010) efetuaram um estudo sobre a associação entre competência e resultados, analisando as taxas de competência médias de 9 sessões do decurso da terapia através da aplicação da *Cognitive Therapy Scale* (CTS; Young & Beck, 1988) em 36 clientes que completaram o tratamento, concluindo que a variabilidade dos sintomas está associada à variabilidade de competência do terapeuta, demonstrando pelos resultados que a classificação da competência prevê a mudança dos sintomas no início do tratamento, não se verificando qualquer relação entre estes a longo prazo. Neste estudo foram analisadas variáveis de competências entre os seis terapeutas que integraram o estudo, tendo obtido pequenas diferenças nos 2

terapeutas menos experientes que receberam treino adicional, mas que não apresentaram diferenças significativas entre os 6.

Fairburn, e Cooper, (2011) apontam 3 razões para a importância da competência terapêutica: a primeira pela responsabilidade que os terapeutas devem ter para oferecer aos clientes o melhor tratamento possível, fornecendo tratamentos psicológicos adequados de forma competente; a segunda, pela necessidade de disseminar tratamentos psicológicos baseados em evidências (cit Barlow, Levitt, & Bufka, 1999; McHugh & Barlow, 2010), requerendo treino e avaliação para um grande número de terapeutas para verificarem o ponto em que eles são "competentes"; e a terceira razão surge de preocupações sobre a validade da pesquisa em tratamentos psicológicos.

Formação e Treino de Psicoterapeutas como contributo à adesão do manual terapêutico

Vários autores propõem que devem ser formados clínicos com o objetivo destes conseguirem a adesão e competência na prestação de uma psicoterapia específica (Dennhag et al., 2012).

Pesquisas recentes têm vindo a salientar a importância do treino de terapeutas nos programas de terapia cognitivo-comportamental, validando a qualidade do treino de psicoterapeutas (Beidas & Kendal, 2010; Simons et al, 2010; McManus, Rakovshink, Kennerley, Fennel & Westbrook, 2012; Fairburn & Coope, 2011) como uma das variáveis cruciais na condução do processo terapêutico, importante também, no que se refere à redução do risco de recaída e recorrência.

Rakovshik e McManus (2010) concluíram sobre a análise do seu estudo acerca das evidências sobre o treino terapêutico, que este parece ser, apesar da escassez de literatura, um fator que potencia o desenvolvimento das competências do terapeuta. Ao referirem-se ao treino do terapeuta, os autores mencionam que este tende a influenciar

tanto nos resultados da terapia como nas competências do terapeuta. Deste modo, como forma a desenvolver e a solidificar as competências ganhas do terapeuta, o treino deste deve passar por uma instrução teórica (e.g. *workshop*, pesquisa e leitura científica), juntamente com um treino interativo de prática de casos, co-terapia e supervisão.

Importa ainda referir que a adesão monitorizada e supervisionada ao tratamento durante um período prolongado, a par com um contínuo feedback, parece potenciar na solidificação das competências adquiridas do terapeuta (Rakovshik & McManus, 2010).

Simons et al (2010) efetuaram um estudo com o objetivo de analisar a viabilidade e a eficácia da Terapia Cognitiva para a depressão, projetando este estudo para comparar os resultados obtidos pelos terapeutas no tratamento usual com os resultados obtidos pelos mesmos terapeutas depois de terem efetuado formação e treino em TCC. Neste estudo, foi dado um *workshop* para os terapeutas, com a duração de 12 horas repartidas em 2 dias, que incluiu ensino com demonstrações de *role play* ao vivo, exercícios focados na conceptualização, ativação comportamental, registos de pensamentos e experiências comportamentais, métodos de testagem de crenças, métodos de psicoeducação para envolver o cliente na leitura e aprendizagem como trabalho de casa e ainda, ajudar os clientes a escrever os registos da sua aprendizagem. Os resultados obtidos apresentaram diferenças significativas na diminuição dos sintomas depressivos entre os clientes tratados pelo grupo de terapeutas que usou o tratamento usual e o grupo de terapeutas que usou o tratamento em TCC, verificando-se que, os clientes tratados pelo grupo de terapeutas que foi treinado em TCC, obteve melhores resultados do que os clientes dos mesmos terapeutas antes destes terem o treino em CBT. Os autores referem que esta melhoria de resultados se relaciona com competências específicas aprendidas em CBT que os terapeutas adicionaram às suas excelentes habilidades gerais que já possuíam.

Cox et al, (2013) desenvolveram um estudo cujos objetivos eram descrever o desenvolvimento, entrega e controle de qualidade de três manuais de terapias, num ensaio clínico randomizado num centro multidisciplinar de terapias para a síndrome da fadiga crônica (SFC), cujo método utilizado foi o recrutamento de terapeutas devidamente qualificados e experientes que desenvolveram manuais de terapia e tratamentos para orientarem, planearem e supervisionarem a formação da filosofia específica de cada tratamento, fazendo-o presencialmente, por telefone e revisão de gravações de áudio das sessões de terapia. Estes autores, depois de terem obtido resultados idênticos nas três terapias, quer na adesão ao manual, quer na pontuação semelhante e elevada na aliança terapêutica e diferenciação com os clientes, concluíram que se houver uma orientação terapêutica experiente, se pode alcançar elevada qualidade terapêutica, sugerindo que a implementação destes procedimentos poderia beneficiar a prática clínica de rotina, mais concretamente, se os manuais terapêuticos forem seguidos, se os terapeutas forem bem formados e supervisionados com revisão das gravações das sessões de tratamento.

Flexibilidade á adesão do manual terapêutico

Os manuais terapêuticos são restritivos, exigindo um determinado número de intervenções particulares (Gibbons et al., 2003), existindo controvérsia sobre a sua importância e a sua utilidade (Hauke et al., 2014).

A adesão ao manual terapêutico é mais complexa do que aparenta ser, pois existem muitas variáveis que, entre si, podem levar à alteração da prescrição do tratamento nas sessões de terapia. Assim, o terapeuta deverá ter em consideração que não é suficiente saber as estratégias e os procedimentos do tratamento (Fairburn & Coope, 2011), devendo ter em conta: as indicações e contra-indicações do tratamento; se ele o pode, ou deve, combinar com outras formas de tratamento, incluindo

farmacoterapia, respostas típicas para o tratamento e eventuais efeitos adversos; como resolver dificuldades comuns encontradas; quando abreviar o tratamento, prolongá-lo ou abandoná-lo; saber o que não fazer, tal como, não fazer as coisas que podem interferir com a relação terapêutica como ignorar preocupações com o tratamento e não fazer as coisas do paciente que pode prejudicar o tratamento (e.g., através da introdução de elementos de outros tratamentos que possam confundir ou distrair o paciente).

Gibbons et al., (2003) encontraram evidências de que terapeutas, embora treinados para a adesão aos manuais, demonstraram na sessão, uma flexibilidade nas respostas específicas às características dos clientes, promovendo um desenrolar mais benéfico no processo terapêutico. Estas respostas específicas relacionaram-se com o uso de mais perguntas e esclarecimentos aos clientes que relataram níveis mais elevados de depressão antes do tratamento, controlando os efeitos interpessoais dos problemas dos clientes, o envolvimento interpessoal, a empatia terapêutica e o nível de elaboração da narrativa. Assim, explicam que a diferença entre clientes, podem ser explicadas pela sensibilidade do terapeuta às necessidades específicas dos clientes.

Avaliação de Terapeutas formados em Terapia Cognitivo Comportamental

A avaliação dos conhecimentos de um terapeuta para a utilização de um tratamento é fundamental para a avaliação de competência do terapeuta, havendo necessidade de uma avaliação extensa (Fairburn & Coope, 2011).

Strunk et al. (2010) referem que são essenciais as medidas de avaliação do terapeuta, quer para a investigação, permitindo que tais avaliações sejam potencialmente críticas para interpretação dos resultados de tratamento e de ensaios clínicos, quer para a prática de psicoterapia, permitindo disseminar o tratamento, sendo estes dois fatores de importante relevância para previsão de resultados clínicos.

Poucos estudos compararam a avaliação de adesão e competência efetuada por supervisores clínicos e efetuada por juízes independentes, tendo sido efetuados apenas em algumas psicoterapias e usando um número limitado de escalas, o que generaliza a falta de acordo entre os dois grupos de avaliadores (Dennhag et al., 2012).

Supervisores e juízes independentes representam classificações diferentes de avaliação de adesão e competência, verificando-se as classificações mais elevadas quando são dadas por supervisores. (Martino, Ball, Nich, Frankforter, & Carroll, 2009; Dennhag et al., 2012). Algumas das explicações para este facto parecem ser a familiaridade dos supervisores dos contextos e a lealdade para com os seus orientandos (Dennhag et al., 2012).

Imel et al. (2014) referem que o objetivo de medir a adesão terapêutica é determinar se um terapeuta pode realizar determinado tratamento, sendo muitas vezes, a adesão terapêutica confundida com as diferenças não controladas dos clientes e por isso, a avaliação dos comportamentos dos terapeutas é limitada na maioria dos ensaios clínicos. Assim, não são claras as diferenças entre a medição da adesão terapêutica e as outras fontes de variação.

Supervisão do Treino Terapêutico

Uma das preocupações dos investigadores relaciona-se com a supervisão do treino de novos terapeutas por terapeutas profissionais mais experientes (Liese & Abrams, 2003; McManus et al., 2011) para que os novos terapeutas estejam dotados das maiores competências possíveis para o campo profissional.

Juízes Independentes

Weck, Hilling, Schermelleh-K, Rudari e Stangier (2011), considerando os custos elevados para se efetuar as avaliações de adesão e competência terapêuticas por juízes peritos em TCC, efetuaram um estudo sobre a confiabilidade dessa avaliação, testando a

avaliação feita por quatro juízes, dois deles com alta experiência clínica e dois novatos, os quais codificaram 30 vídeos de sessões de terapia cognitiva para a depressão, selecionados aleatoriamente, verificando que apesar da alta concordância em os dois grupos de juízes na avaliação da adesão e concordância moderada na avaliação de competência, a avaliação da adesão pode ser avaliada satisfatoriamente pelos juízes novatos, embora com algumas restrições, mas não em relação à competência.

Weck, Bohn, Ginszburg e Stangier (2011) verificaram a confiabilidade e a validade de adesão e competência, estudando a avaliação efetuada por quatro juízes relativamente a segmentos de sessões comparando-as com sessões inteiras, argumentando a importância das implicações dos resultados deste estudo para a redução de tempo e de custos associados ao processo de avaliação, concluindo que a confiabilidade da adesão e competência é maior quando analisadas sessões inteiras.

Segundo Denhag et al. (2012), é habitual usar-se juízes independentes para a avaliação da adesão e competência do registo de sessões devido a estes serem considerados mais objetivos que os supervisores, pois não possuem conhecimento nem do terapeuta nem do problema do cliente e nem do processo do contexto da terapia.

Não obstante à escolha de juízes independentes, estes devem ter uma formação rigorosa e cuidadosa, pelo que os investigadores devem ter presentes potenciais vieses devido à forma como os avaliadores são selecionados e treinados e ainda, como a fiabilidade é mantida (Denhag et al., 2012).

Estudos realizados com a *Cognitive Therapy Scale* - CTS

Segundo Gordon (2006), a CTS original, introduzida por Young e Beck (1980) para a terapia na depressão, é um bom instrumento de avaliação da aplicação de TCC, considerando-o uma ferramenta padrão na formação em terapia cognitiva, apesar de terem sido encontradas algumas limitações em revisões recentes.

Estudos efetuados com a CTS (Gordon, 2006; Strunk et al., 2010) avaliaram a sua eficácia, tentando perceber a mudança de sintomas, relacionando o nível de competência do terapeuta e dos resultados da terapia em três fases. Numa primeira fase, ao longo das primeiras quatro sessões (sessão a sessão); na segunda fase, focaram-se no final das quatro primeiras sessões e no final da terapia, bem como, verificaram se exista associação com o nível de dificuldades do cliente na primeira sessão; numa terceira fase salientaram as características do cliente que pudessem influenciar a intervenção terapêutica. Strunk e colaboradores (2010) concluíram que a competência foi um preditor da mudança de sintomas ao longo das primeiras quatro sessões da TCC, revelando que os itens que causam maior impacto e que são preditores de sucesso terapêutico, por ordem de importância, são: 1) a agenda, 8) o foco nas cognições e comportamentos chave, 6) ritmo da sessão e uso eficiente do tempo, 11) trabalho de casa e 10) a aplicação das técnicas da TCC; na segunda fase. Referem também que comparando os resultados no fim do tratamento tende a haver uma correlação positiva entre a competência do terapeuta e os resultados.

Questão de partida e objetivos do presente estudo

Esta investigação exploratória pretende descrever a influência da adesão do terapeuta no processo terapêutico. Assim, as questões orientadoras do presente trabalho são:

Quais os contributos da adesão terapêutica na terapia cognitivo comportamental? Como evolui a adesão ao longo do processo terapêutico? Existe relação entre a adesão terapêutica e a redução de sintomatologia depressiva e da sintomatologia geral? Existem diferenças do nível de adesão nos casos com sucesso ou com insucesso terapêutico?

O objetivo geral deste estudo visa explorar a adesão dos terapeutas durante o processo de psicoterapia cognitivo comportamental, tendo como objetivos específicos os seguintes:

Avaliar a evolução da adesão do terapeuta ao longo do processo terapêutico;

Analisar as alterações na sintomatologia depressiva e geral, correlacionando-as com a evolução da adesão;

Diferenciar casos de sucesso e de insucesso terapêutico tendo em conta a evolução da adesão.

Método

Clientes: Participaram neste estudo 6 clientes recrutados para o projeto “Descentração e dança em Psicoterapia”, que se trata de um estudo clínico aleatorizado (RCT) desenvolvido no ISMAI e financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/PSI PCL/103432/2008). Para serem incluídos no projeto e terem acesso a 16 sessões de psicoterapia semanais, os clientes deveriam cumprir uma série de critérios, especificamente: idade superior a 18 anos; diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, Ligeira a Moderada; ausência de medicação ou outro tipo de tratamento; avaliação global do funcionamento superior a 50. Pelo contrário, não seriam incluídos no projeto caso apresentassem alguns dos seguintes critérios de exclusão: Perturbação do Eixo I, nomeadamente, Abuso de Substâncias, Perturbações Psicóticas, Maníaco-depressivo, Perturbações na Alimentação, Perturbação de Pânico, Perturbação Pós-Stress Traumático; e Perturbação do Eixo II, especificamente, Borderline, Antissocial, Esquizotípica, Narcísica; ou Problema do Eixo III, como, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Alto risco de suicídio. De forma a aceder à informação necessária, foram efetuadas duas sessões de avaliação, correspondentes à aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo I (SCID-I) (First, Spitzer,

Gibbon, & Williams, 1997) e à Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo II (SCID II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamim, 1997). Foram ainda aplicados alguns questionários de forma a aceder a sintomatologia ou problemáticas mais específicas, nomeadamente, PQ, BDI, OQ-45, QE, IIP, HDRS e DAS.

A amostra foi constituída por 6 clientes do sexo feminino, 3 (50%) estavam empregadas, 2 (33.3%) eram desempregadas, 1 (16.7%) era reformada, 3 (50%) eram casadas, 2 (33.3%) eram divorciadas, 1 (16.7%) era solteira, 2 (33.3%) possuíam o ensino secundário, 1 (16.7%) o ensino médio e 3 (50%) o ensino superior, 2 (33.3%) foram diagnosticadas com episódio único, 4 (66.7%) recorrentes e 1 (16.7%) tem presença de comorbilidade. A sua média de idades era de 39.17 anos (desvio padrão = 12.25; com o mínimo de 26 e o máximo de 56 anos de idade).

De forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos casos, foi atribuída uma letra a cada cliente, pela qual serão designadas a partir daqui, nomeadamente o cliente A, B, C, D, E e F.

Os clientes B, C, E e F foram casos de sucesso por terem atingido um nível não clínico, cuja pontuação do BDI foi inferior 14, exibindo uma diferença elevada de RCI (superior a 7.75 valores) entre a sessão 0 e a sessão 16.

Relativamente aos casos de insucesso, foram os clientes A e D, os quais foram escolhidos com base na possibilidade de manipulação da variável terapeuta, tendo sido portanto, escolhidos dois terapeutas que efetuaram psicoterapia num dos casos de sucesso anteriores. Os casos de insucesso foram assim considerados por terem exibido uma pontuação superior a 14 no BDI e por não terem exibido uma diferença de pelo menos 7.75 valores entre a sessão 0 e a sessão 16.

Terapeutas: Quatro terapeutas do sexo feminino, 2 (50%) eram doutoradas e 2 (50%) eram doutorandas (Tabela 2). A sua média de idades era de 32.75 anos (desvio padrão = 3.5; com o mínimo de 29 e o máximo de 37 anos de idade) e a média da experiência profissional era de 8.25 anos (desvio padrão = 5.12; com o mínimo de 3 e o máximo de 14 anos de experiência).

Investigadores: Os investigadores foram constituídos por três juízas independentes. Uma juíza Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, doutoranda em psicologia do ISMAI e a cumprir o estágio profissional à Ordem Portuguesa dos Psicólogos. As duas restantes juízas eram licenciadas em Psicologia e estudantes do último ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do ISMAI, na qual está incluída a autora da tese. De modo a garantir a fidelidade dos dados, os investigadores foram agrupados em dois grupos de codificação de modo garantir que pelo menos um destes era cego ao resultado terapêutico.

Instrumentos

Beck Depression Inventory – II

O Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999; Versão Portuguesa de Coelho, Martins & Barros, 2002), é um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens, para medir a intensidade e a diversidade da sintomatologia depressiva em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos. Este baseia-se nos critérios de diagnóstico do DSM-IV (2002) e deve ser preenchido tendo por base as duas últimas semanas, incluindo o próprio dia do preenchimento do teste. A sua aplicação tem uma duração média de 5 a 10 minutos e avalia três fatores: cognitivo, afetivo e somático. A cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (grave) valores, de acordo com as opções de resposta. A pontuação total que se pode obter varia entre 0 e 63 valores, agrupando-se da seguinte forma (Community- University Partnership for the

Study of Children, Youth and Families, 2011; Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999): sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29- 63). Para ser considerada a existência de uma mudança significativa (*reliable change index* - RCI), o cliente deve atingir um nível não clínico, ou seja pontuação inferior a 14, bem como, exibir uma diferença de pelo menos 7.75 valores (valor calculado tendo em conta a média e desvio padrão da amostra em questão) entre a sessão 0 e a sessão 16 (McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002; Seggar, Lambert, & Hansen, 2002).

Outcome Questionnaire-45.2

O OQ-45.2 (Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen, & Burlingame, 1994) é um instrumento de avaliação de sintomatologia geral do cliente. É uma medida de autorrelato, composta por 45 itens, com 5 opções de resposta referentes à semana anterior e que variam entre “nunca” e “quase sempre”. A sua aplicação varia entre 5 e 10 minutos, sendo a cotação feita através da soma de cada resposta que pontua entre 0 e 4, devendo ter-se atenção para os itens invertidos: 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37 e 43. A pontuação total obtida permite verificar a relevância clínica: de 0 a 63, sem relevância clínica e de 64 a 180 com relevância clínica. Quando se observa uma diferença de pontuação de 14 valores entre momentos diferentes da aplicação dos questionários, pode considerar-se que houve uma mudança clinicamente significativa (Lambert, 2012). Este instrumento possui três subescalas: desconforto subjetivo (principalmente focado na sintomatologia depressiva e ansiosa); relações interpessoais (défices nos relacionamentos com outros significativos); e desempenho de papel social (referentes a contextos como escola, trabalho, família ou mesmo lazer). Possui também 4 itens que avaliam comportamentos de risco que devem ser foco de atenção clínica: suicídio (item

8), abuso de substâncias (item 11 e 32) e comportamento agressivo (item 44) (Lambert, 2012).

Cognitive Therapy Scale (CTS)

A escala mais utilizada em estudos de avaliação do terapeuta formado em TCC é a *Cognitive Therapy Scale (CTS)* desenvolvida por Young e Beck (1980). No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa de Descentração e Mudança em Psicoterapia (PTDC/PSI PCL/103432/2008). Esta é composta por 11 itens de avaliação de adesão e competência, distribuídos em 2 partes: a primeira parte refere-se à avaliação de adesão e competências gerais do terapeuta; a segunda, à avaliação da conceptualização, estratégia e técnica que o terapeuta usa nas sessões. A CTS tem ainda uma terceira parte respeitante a considerações adicionais sobre eventuais problemas que possam ter surgido na sessão entre terapeuta e cliente e a forma como o terapeuta gere essas situações. Por último, possui uma quarta parte relativa à avaliação geral do terapeuta enquanto terapeuta cognitivo, da possível eleição deste para um estudo de resultado, da dificuldade percecionada do terapeuta face ao cliente, culminando com a classificação geral sobre o desempenho do terapeuta na sessão.

A avaliação é feita por dois juízes independentes que visualizam sessões individuais gravadas em vídeo. Todos os itens são classificados numa escala de Likert de 7 pontos (0-6) permitindo distinguir em cada sessão, a adesão e o grau de competência efetuada pelo terapeuta em cada um dos itens. Para facilitar a codificação, a escala vem preparada com quatro descrições para cada item que correspondem à pontuação de 0, 2, 4 e 6 (por exemplo no primeiro item “Agenda: O terapeuta definiu uma agenda imprópria, com falta de foco ou irrealista”, neste caso atribuímos um ponto porque para atribuímos 0 o terapeuta não podia ter definido qualquer agenda e, para atribuímos 2 pontos o terapeuta teria definido uma agenda vaga ou incompleta). Há

também que ter em conta para cada sessão as variações inerentes ao estágio do processo terapêutico.

A primeira parte é composta pelos seguintes itens:

1) Agenda – perceber se o terapeuta definiu agenda para a sessão, se esta era apropriada para os problemas alvo e se foi cumprida adequadamente;

2) Feedback – refere-se à forma como é solicitada ao cliente a sua percepção verbal em relação à sessão e a adequação comportamental do terapeuta às reações do cliente;

3) Compreensão – entendimento por parte do terapeuta da “realidade interna” do cliente, fornecendo-lhe empaticamente através de respostas verbais e não-verbais, essa compreensão;

4) Eficácia interpessoal – nível de competências interpessoais do terapeuta demonstradas na sessão, nomeadamente cordialidade, preocupação, confiança, honestidade e profissionalismo;

5) Colaboração – estabelecimento de relação e compreensão mútua entre terapeuta e cliente; 6) ritmo da sessão e uso eficiente do tempo – flexibilidade do terapeuta em ajustar adequadamente a estrutura e o ritmo da sessão.

A segunda parte da escala de avaliação, conceptualização, estratégia e técnica, é composta pelos itens:

7) Descoberta orientada – diz respeito à habilidade de persuasão do terapeuta para a exploração dos problemas do cliente, ajudando-o através da descoberta guiada, para que tire as suas próprias conclusões;

8) Foco nas cognições ou comportamentos chave – habilidade do terapeuta em focar-se em pensamentos centrais e específicos do cliente, em suposições, imagens e comportamentos, com recurso ao uso de técnicas adequadas;

9) Estratégias para a mudança – uso de técnicas cognitivo-comportamentais utilizando uma estratégia consistente para gerar mudança;

10) Aplicação das técnicas cognitivo-comportamentais – perceber se foram usadas as técnicas cognitivo-comportamentais e de forma competente;

11) Trabalho de casa – perceber se o terapeuta atribuiu e fez a revisão do trabalho de casa relevante para a terapia, de forma a proporcionar ao cliente a introdução de novas perspectivas.

O ponto de corte para a análise da adesão/competência dos terapeutas era originalmente de 44 valores na pontuação total d CTS (correspondente a um item de pontuação média de 4.0 ou acima) (Shaw, 1984). Contudo, Dobson e Shaw (1988) sugeriram posteriormente uma reavaliação deste valor para uma pontuação total, igual ou 40 valores (correspondente a uma pontuação média de item acima de 3.5) sendo este padrão mantido e adotado amplamente no campo (Dimidjian et al., 2006; Shaw et al., 1999).

O CTS é dos instrumentos mais utilizados e validados para a avaliação da adesão e competência do terapeuta na terapia cognitivo-comportamental, demonstrando fidelidade interna e reprodutibilidade (por exemplo, Dobson, Shaw, & Vallis, 1985; Trepka et al., 2004; Williams, Moorey, & Cobb, 1991).

Procedimentos

Fase de treino. Numa primeira fase, foram desenvolvidas sessões de familiarização com o protocolo de intervenção de terapia cognitivo comportamental referente ao projeto, bem como para a escala e o respetivo manual *Cognitive Therapy Scale Rating Manual* (Young & Beck, 1980) de forma a aprofundar a sua aplicabilidade e codificação. Seguidamente foi iniciado o treino de codificação, contemplando a visualização de

algumas sessões, relativas a dois casos não englobados no estudo, até aos juízes chegarem a um acordo satisfatório ($ICC > .80$).

Fase de codificação. Posteriormente foi iniciada a codificação da escala, tendo cada par de juízas codificado três casos no total isoladamente. Após a codificação de cada sessão, os resultados de cada item eram discutidos entre cada juíza, tendo todos os desacordos sido resolvidos por consenso. Todos os casos obtiveram um grau de acordo satisfatório (ver tabela 3).

Fase de análise. Nesta fase procedeu-se à análise dos resultados, para a qual se recorreu ao Microsoft Office Excel e ao IBM-SPSS. Assim, foi possível através do Microsoft Office Excel obter medidas descritivas originando gráficos para a ilustração dos resultados, enquanto no IBM-SPSS foi utilizado para efetuar testes de diferenças entre grupos e momentos de avaliação, obtenção de medidas de tendência central e, por fim, para realizar teste de correlação entre variáveis.

Cálculo da Fidelidade

De modo a garantir a fidelidade dos resultados apresentados foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), que é uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos, sendo essa variabilidade do estudo atribuída a diferenças entre os participantes do mesmo (Pestana & Gageiro, 2005). Os resultados da confiabilidade inter-juízes demonstraram confiabilidade excelente com o ICC de 0.78.

Tabela 1.

Valores do ICC para cada caso analisado

| Caso | ICC |
|-------------|------------|
| A | .781 |
| B | .935 |
| C | .996 |
| D | .905 |
| E | .985 |
| F | .816 |

Resultados

Evolução da adesão terapêutica

Apresenta-se na Figura 1 a evolução da adesão terapêutica de cada um dos casos, passando-se à análise da evolução média da adesão do terapeuta ao longo das sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

Assim, no caso A pode observar-se uma adesão inicial com um pequeno aumento para os níveis mais altos de adesão na sessão 4, posição que manteve até ao final do processo terapêutico, verificando-se que a sua adesão foi de 58 pontos na sessão 1; 65 pontos na sessão 4, 8 e 12; e 66 pontos na sessão 16.

No caso B, observou-se uma pequena descida da adesão da sessão 1 para a sessão 4, voltando a subir gradualmente até à sessão 8 onde se manteve até à sessão 12 e voltou a ter uma pequena descida até à sessão 16, verificando-se que a sua adesão terapêutica foi de: 60 pontos na sessão 1; 54 pontos na sessão 4; 65 pontos na sessão 8 e 12; e 62 pontos na sessão 16.

O caso C é onde se observou a maior estabilidade e os maiores níveis de adesão ao longo de todo o processo, sendo a sua adesão terapêutica de: 66 pontos na sessão 1, 8 e 8; e 65 pontos na sessão 12 e 16.

No caso D observou-se uma pequena descida da adesão da sessão 1 para a sessão 4, seguindo-se uma pequena subida para a sessão 8, contínua descida acentuada para a sessão 12 e de novo, uma acentuada subida para a sessão 16, sendo a sua adesão terapêutica de: 63 pontos na sessão 1; 58 pontos na sessão 4; 61 pontos na sessão 8; 49 pontos na sessão 12; e 64 pontos na sessão 16.

No caso E observou-se uma acentuada descida da adesão desde a sessão 1 até à sessão 8, de onde aumentou ligeiramente para a sessão 12, seguindo-se de uma ligeira descida até ao final do processo terapêutico, sendo a sua adesão terapêutica de: 60 pontos na sessão 1; 49 pontos na sessão 4; 43 pontos na sessão 8 e 16; e 47 pontos na sessão 12.

Relativamente à comparação da evolução da adesão entre casos ao longo do processo, verifica-se através de uma análise geral que, o caso C e o caso E, situados em extremidades opostas, representam o maior e o menor nível de adesão ao longo do processo, bem como a sua regularidade. O caso C indica maior regularidade na adesão no decorrer de todo o processo, evidenciando ser o caso com maiores níveis de adesão. De forma inversa, o caso E, manifesta deter os menores níveis de adesão na fase final, sendo importante realçar que este evidencia aumentos e recuos nos níveis de adesão ao longo do processo demonstrando assim elevada irregularidade.

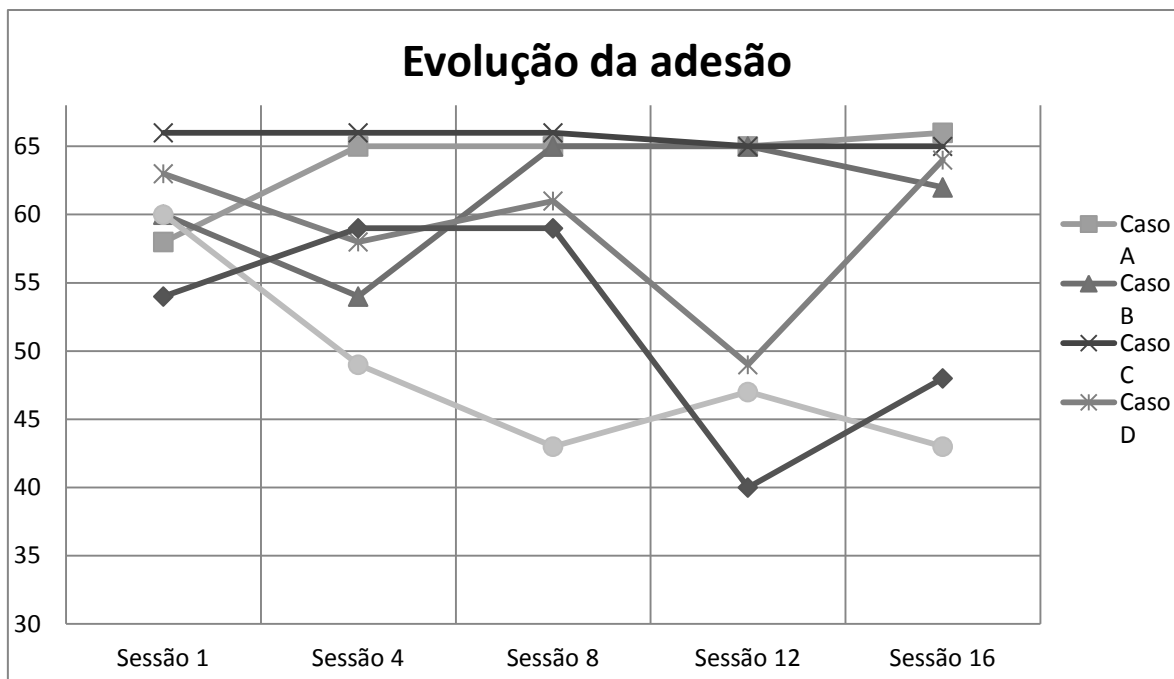


Figura 1.

Evolução da adesão ao longo das sessões

Relação da evolução da adesão terapêutica com a sintomatologia depressiva e com a sintomatologia geral

Evolução da sintomatologia depressiva

Tal como podemos verificar através da Tabela 2, com exceção dos casos A e D, em todos os restantes, observou-se uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva obtendo-se uma pontuação inferior a 14, o que permite identificar estes casos como casos de sucesso. Os casos A e D, por se encontrarem com uma pontuação de sintomatologia entre 14 e 19, consideram-se casos de insucesso, encontrando-se nos parâmetros de pontuação que indicam depressão ligeira.

Tabela 2.

Evolução da sintomatologia depressiva (BDI-II)

| Caso | Sessão 0 | Sessão 1 | Sessão 4 | Sessão 8 | Sessão 12 | Sessão 16 |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| A | 27 | 30 | 35 | 31 | 6 | 17 |
| B | 31 | 25 | 21 | 1 | 1 | 0 |
| C | 25 | 23 | 23 | 22 | 21 | 11 |
| D | 33 | 23 | 15 | 7 | 15 | 16 |
| E | 33 | 40 | 32 | 20 | 7 | 4 |
| F | 39 | 50 | 14 | 11 | 3 | 8 |

Evolução da sintomatologia geral

Relativamente à sintomatologia geral, pode observar-se pela Tabela 3, que todos os casos apresentavam relevância clínica na S1, mas apenas o caso C (caso de sucesso) e o caso A (caso de insucesso), permaneceram com sintomatologia geral clinicamente significativa no final da terapia, mas muito perto do ponto de corte (63).

Tabela 3.

Evolução da sintomatologia geral (OQ-45)

| | Sessão 1 | Sessão 4 | Sessão 8 | Sessão 12 | Sessão 16 |
|----------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| A | 83 | 99 | 77 | 57 | 66 |
| B | 60 | 48 | 24 | 17 | 17 |
| C | 88 | 83 | 90 | 86 | 76 |
| D | 72 | 69 | 66 | 61 | 61 |
| E | 119 | 118 | 78 | 48 | 37 |
| F | 99 | 60 | 62 | 45 | 52 |

Relação da evolução de Adesão com o BDI-II e o OQ-45.2

Efetuarão-se testes correlacionais para verificar a existência de relação entre a evolução da adesão terapêutica e a evolução da sintomatologia depressiva, bem como

entre a evolução terapêutica e evolução da sintomatologia geral, cujos dados se apresentam na Tabela 4.

Tabela 4.

Relação de evolução de Adesão com BDI-II e OQ-45

| Adesão | | BDI | OQ-45 |
|-----------|-------|-------|-------|
| Sessão 1 | r_s | -.838 | -.609 |
| | p | .037* | .200 |
| Sessão 4 | r_s | .086 | .771 |
| | p | .872 | .072 |
| Sessão 8 | r_s | .087 | .771 |
| | p | .870 | .072 |
| Sessão 12 | r_s | .759 | .943 |
| | p | .080 | .005* |
| Sessão 16 | r_s | -.543 | .886 |
| | p | .266 | .019* |

* p<.05

Através da análise da tabela anterior verifica-se que existe uma relação forte negativa estatisticamente significativa ($r_s = -.838, p < .05$) na sessão 1 entre adesão e a sintomatologia depressiva, o que se depreende que quanto mais elevada a adesão terapêutica menor a sintomatologia depressiva. Quanto às restantes sessões não se verifica nenhuma relação significativa.

No que concerne à sintomatologia geral, esta apresenta uma correlação forte positiva e estatisticamente significativa nas sessões 12 ($r_s = -.005, p < .05$) e 16 ($r_s = -.019, p < .05$), ou seja quanto mais elevada a adesão terapêutica maior a sintomatologia geral não se verificando qualquer relação nas restantes sessões analisadas.

Diferenças de adesão em casos de sucesso e casos de insucesso

A fim de poder efetuar uma análise com fidelidade equitativa, foi apenas comparada a evolução de dois dos casos de sucesso com os dois casos de insucesso do presente estudo. A escolha dos casos de sucesso para comparação foi baseada na tentativa de controlar a variável do terapeuta, tendo-se escolhido dois casos que tivessem sido atendidos pelo mesmo terapeuta que atendeu os casos de insucesso, especificamente o caso C e o caso F.

Analisando a Tabela 5 pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos de sucesso e os casos de insucesso relativamente à adesão terapêutica ao longo das sessões.

Tabela 5.

Diferenças entre casos de Sucesso e de Insucesso

| Adesão | U | p |
|--------|-------|-------|
| S1 | 2.000 | 1.000 |
| S4 | .000 | .121 |
| S8 | 1.000 | .439 |
| S12 | 1.500 | .683 |
| S16 | 1.000 | .439 |

Discussão

Os resultados obtidos revelaram, globalmente, uma boa adesão ao manual de terapia cognitivo comportamental, uma vez que esta se encontra acima do ponto de corte (40) conforme tem vindo a ser adotado por Shaw et al., (1999) e Dimidjian et al., (2006). Da mesma forma, no que diz respeito ao resultado terapêutico, verificou-se a inexistência de diferenças significativas de adesão ao manual terapêutico entre os casos de sucesso e os casos de insucesso.

Assim, relacionando o resultado da adesão terapêutica com a sintomatologia depressiva, os resultados parecem indicar que uma correlação forte negativa na sessão 1 entre a adesão e a sintomatologia depressiva pode indicar uma associação entre a adesão do terapeuta e os resultados do cliente. Hogue et al. (2008) refere que alguns investigadores descobriram que maior adesão em sessões precoces pode ser um fator preditivo de sucesso terapêutico. No entanto, o presente estudo não pode concluir este valor preditivo.

Pelo contrário, uma correlação positiva entre a adesão terapêutica e a presença de sintomatologia geral, são resultados que parecem sugerir uma necessidade de maior flexibilidade por parte do terapeuta face ao manual terapêutico durante as últimas sessões de tratamento.

Por outro lado, o caso de insucesso do cliente A, onde se verifica a adesão mais forte e constante do início ao fim da terapia, pode indicar uma rigidez terapêutica ao manual (Gibbons et al., 2003), o que pode ter prejudicado o desenvolvimento de uma relação terapêutica forte (Hogue et al., 2003).

Nos restantes casos foi possível constatar que a adesão a partir da sessão 1 sofreu várias oscilações, o que parece demonstrar que os terapeutas tiveram em consideração uma certa flexibilidade à adesão do manual terapêutico tendo em conta as características individuais de cada cliente e de cada momento do tratamento (Fairburn & Coope, 2011), conduzindo a um resultado satisfatório.

Relativamente ao caso de insucesso do cliente D, não obstante poder observar-se a existência de flexibilidade à adesão terapêutica, esta não foi suficiente para o resultado positivo esperado. Uma das hipóteses pode relacionar-se com as dificuldades que o terapeuta poderá ter encontrado ao longo do processo, que o levaram a seguir o manual de forma mais rígida, procurando desta forma resolver impasses e ajudar o cliente.

Outra hipótese poderá ser o facto deste resultado ser consequência de características individuais do cliente ou dificuldades de adesão do mesmo, uma vez que esta variável não fez parte deste estudo. Este resultado vai de encontro ao estudo de meta-análise feito por Cuijpers et al. (2013), que referem que apesar de não existirem dúvidas de que a TCC é um tratamento eficaz para a depressão em adultos, nem todas as pessoas podem beneficiar deste tratamento, e também, de Jacobsen et al. (2011) que advogam que este tratamento não é claro quanto aos eventos adversos e à qualidade de vida dos clientes.

Conclusão

O presente estudo, de carácter exploratório, parece evidenciar, no grupo de diádes terapêuticas analisadas, que a adesão ao manual terapêutico em terapia cognitivo-comportamental é geralmente alta. Ao mesmo tempo, uma boa adesão no início da terapia relaciona-se positivamente com uma evolução positiva da sintomatologia depressiva. Por outro lado, elevada adesão ao manual pode relacionar-se com níveis mais elevados de sintomatologia no final da terapia.

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo uma delas relacionada com a amostra. O número reduzido de participantes limita a possibilidade de analisar os dados com recurso a testes paramétricos e a generalizar os resultados.

Outra limitação foi a reduzida experiência dos codificadores relativamente à formação em TCC, podendo levar a um viés da fidelidade, porquanto, sabermos à partida que independentemente dos anos de experiência, os terapeutas avaliados pela adesão à TCC, eram profissionais com experiência acima da das juízas, podendo condicioná-las na sua avaliação.

Por último, não obstante, a capacidade dos juízes efetuarem avaliação de adesão do terapeuta, devido à sua recente formação, impediu-os de medir a competência do

terapeuta, o que forneceria uma maior informação sobre a fidelidade ao manual de tratamento.

Assim, não se pode concluir que as mudanças obtidas nas alterações de sintomas ao longo da terapia, verificadas com maior incidência nas primeiras sessões, possam ser relacionadas com a adesão do terapeuta ao manual de tratamento.

Sugere-se que, em futuras investigações, os juízes serem mais experientes quer no tratamento com a TCC, quer com o treino e supervisão de casos, permitindo avaliar com maior grau de fidelidade a adesão e também o nível de competência dos terapeutas. Seria também interessante avaliar a adesão mediante a existência de um ou mais grupos de controlo, ou seja, um grupo de casos tratados por profissionais experientes e outro grupo por estudantes estagiários formados em TCC, ou este último grupo comparado com outro grupo de estagiários formados noutra terapia diferente. Desta forma, talvez fosse possível contribuir com algumas respostas sobre a fidelidade da importância de adesão terapêutica durante o tratamento com a TCC.

Referências Bibliográficas

- Barber, J. P., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research, 13*(2), 205–221. doi:10.1093/ptr/kpg019
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997) *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beck, J. S., (1995). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre RS: Artmed Editora, S.A..
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C., (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clin Psychol, 17*(1), 1–30. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x.
- Bockting, C. L. H. (2010). Breaking the Rhythm of Depression : Cognitive Behavior Therapy and Relapse Prevention for Depression, *19*, 273–287
- Brown, L. a, Craske, M. G., Glenn, D. E., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., ... Rose, R. D. (2013). CBT competence in novice therapists improves anxiety outcomes. *Depression and Anxiety, 30*(2), 97–115. doi:10.1002/da.22027
- Butler, A. C. & Beck, A. T. (1995). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist, 48*(3), 3-5.

- Cox, D., Burgess, M., Chalder, T., Sharpe, M., White, P., & Clark, L. (2013). Training, supervision and therapists' adherence to manual-based therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(4), 180–186. doi:10.12968/ijtr.2013.20.4.180
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(7), 376–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23870719>
- Dennhag, I., Gibbons, M. B. C., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012). Do supervisors and independent judges agree on evaluations of therapist adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(6), 720–30. doi:10.1080/10503307.2012.716528
- Detweiler-Bedell, J. B., & Whisman, M. A. (2005). A Lesson in Assigning Homework: Therapist, Client, and Task Characteristics in Cognitive Therapy for Depression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 219–223. doi:10.1037/0735-7028.36.2.219
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental Orientações Programáticas*. Disponível em: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/8FF1530A-E5C6-4542-A2AA-085F6F138E1C/0/programa_nacional_saudemental.pdf
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 373–8. doi:10.1016/j.brat.2011.03.005

- Gibbons, M. B. C, Crits-Christoph, P., Levinson, J. & Barber, J. (2003). Flexibility in Manual-Based Psychotherapies: Predictors of Therapist Interventions in Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2), 169–185. doi:10.1093/ptr/kpg017
- Gonçalves, O. F. (2006) *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. (5ª Edição) Porto: Edições Afrontamento
- Gordon, K. P., (2006). A Comparison of Two Versions of the Cognitive Therapy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 1-11. doi:10.1017/S1352465806003390
- Hauke, C., Gloster, A. T., Gerlach, A., Richter, J., Kircher, T., Fehm, L., ... & Wittchen, H. U. (2014). Standardized Treatment Manuals: Does Adherence matter?. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). *Terapia Cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- 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
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. a. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544–55. doi:10.1037/0022-006X.76.4.544
- Imel, Z. E., Baldwin, S. a, Baer, J. S., Hartzler, B., Dunn, C., Rosengren, D. B., & Atkins, D. C. (2014). Evaluating therapist adherence in motivational interviewing

- by comparing performance with standardized and real patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 472–81. doi:10.1037/a0036158
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus “no intervention” for major depressive disorder. *PloS One*, 6(12), e28299. doi:10.1371/journal.pone.0028299
- Knapp & Colaboradores, (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre RS: Artmed Editora, S.A..
- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence, *I*(3), 189–199.
- Martino, S., Ball, S., Nich, C., Frankforter, T.L., & Carroll, K. M. (2009). Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. *Psychotherapy research*, 19, 181_93. doi: 10.1080/10503300802688460.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists’ self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 51(3), 292–306. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência Científica sobre Custo-efectividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde*. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efectividad_de_intervencoes_aoes_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf

- 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. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.004
- Schoenwald, S. K., & Garland, A. F. (2013). A review of treatment adherence measurement methods. *Psychological Assessment, 25*(1), 146–56. doi:10.1037/a0029715
- Simons, A. D., Padesky, C. a, Montemaranano, 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), 751–6. doi: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), 247–52. doi:10.1037/a0022659
- Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A., (1999). *Dimension of Beck Depression-II in clini depressed outpatients. Journal of clinical Psychology, 55* (1), 117-128.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A, DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 429–37. doi:10.1037/a0019631
- Strunk, D. R., Brotman, M. a, DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom

- change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 429–37.
doi:10.1037/a0019631
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370857>
- Webb, C. A., Derubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200–11. doi:10.1037/a0018912
- 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), 373–81. doi:10.1037/a0027663
- Weck, F., Bohn, C., Ginzburg, D. M., & Stangier, U. (2011). Assessment of adherence and competence in cognitive therapy: comparing session segments with entire sessions. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(6), 658–69. doi:10.1080/10503307.2011.602751
- Weck, F., Hilling, C., Shermellen-Engel, K., Rudari, V., & Stangier, U. (2011). Reability of Adherence and Competence Assessment in Cognitive Behavioral Therapy: Influence of Clinical Experience. *The Journal of Nervous and mental disease*, 199 (4)
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). *The development of the Cognitive Therapy Scale*. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA