

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO-RESULTADOS DE TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA COMPRAS COMPULSIVAS**

MARINDIA BRANDTNER

Mestranda

São Leopoldo

2012

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO-RESULTADOS DE TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA COMPRAS COMPULSIVAS**

MARINDIA BRANDTNER

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora:
Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta

São Leopoldo

2012

B821a Brandtner, Marindia
Avaliação de processo-resultados de terapia cognitivo-comportamental para compras compulsivas / por Marindia Brandtner. -- 2013.
107 f. ; 30cm.

Inclui os artigos: "Compras compulsivas: uma revisão sistemática das opções psicoterapêuticas" e "Avaliação de processo-resultados de terapia cognitivo-comportamental em um caso de compras compulsivas".

Mestrado (Dissertação) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2013.

Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta.

1. Terapia cognitivo-comportamental. 2. Processo terapêutico. 3. Compra compulsiva. I. Título. II. Serralta, Fernanda Barcellos.

CDU 615.851

MARINDIA BRANDTNER

**AVALIAÇÃO DE PROCESSO-RESULTADOS DE TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA COMPRAS COMPULSIVAS**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Fernanda Barcellos Serralta
(Orientadora)

Prof. Dra. Ana Carolina Peuker
(Membro)

Prof. Dra. Margareth da Silva Oliveira
(Membro)

Prof. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti
(Relatora)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos que sofrem com problemas de compras compulsivas.

Dedico também ao meu avô, Erich e minha tia “Polaca”, que acreditaram sempre em mim, repassando valores e dividindo momentos especiais, mas que partiram cedo demais, saudades e muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu noivo e amigo Vagner, por me apoiar de maneira única nesta longa caminhada, pelos quilômetros rodados.

Ao meu pai, *Eraldino*, pelo apoio financeiro.

À minha mãe, *Amabile*, pela compreensão.

Aos meus irmãos, *Indira* e *Bira*, pela força.

Às minhas lindas e carinhosas sobrinhas, *Brenda* e *Sofia*, por fazerem minha vida mais feliz.

A minha “*filha de coração*”, *Jude*, por seu amor verdadeiro.

Aos meus professores e amigos *Talza*, *Marcia*, *Edson* e *Claudio*, que me incentivaram a seguir pelos rumos da TCC.

À *Natália* e à *Renata* pelas transcrições.

À minha orientadora *Fernanda Barcellos Serralta*, por ter aceitado seguir este projeto tão especial para mim, repassando todo seu conhecimento e competência.

Aos meus pacientes, pela compreensão das trocas de horário.

À Professora *Silvia Benetti*, pelo auxílio como relatora deste trabalho.

Às Professoras *Ana Carolina Peuker*, *Margareth Oliveira* e *Elisa Yoshida*, pela disponibilidade e suas preciosas contribuições.

Às meninas do grupo: *Deise*, *Andréia*, *Fernanda* e *Vanessa*, pela parceria.

À colega *Silvana*, pelo abraço sincero e amigo.

À *Pri*, pela agradável companhia.

À *Marli*, minha companheira de pensão e de mestrado, pelas “risadas noturnas”.

Às minhas amigas *Juli*, *Bruna* e *Betina*, pelo acolhimento de tantos anos.

À Terapeuta e Paciente deste estudo, que por razões éticas não posso citar nomes, saibam que vocês tornaram isto possível.

Muito Obrigada!

RESUMO

Esta Dissertação de Mestrado aborda o processo de mudança terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com ênfase na patologia do comprar compulsivo. A dissertação compõe-se de uma revisão sistemática sobre psicoterapia para casos de compras compulsivas e de um estudo empírico do processo de mudança em um caso de TCC. A revisão sistemática da literatura partiu do tema das compras compulsivas e suas opções psicoterapêuticas. Para tanto, foi efetuada uma busca nas bases de dados MEDLINE (NLM), *Social Sciences Citation Index (Web of Sciences)*, *Science Citation Index Expanded (Web of Science)* e *American Psychological Association (APA)* com as palavras-chave *psychotherapy* (psicoterapia) *and* (e) *compulsive buying* (compras compulsivas), compreendendo o período de 2002 a 2012. Foram excluídos artigos de teóricos, de revisão e que avaliavam exclusivamente tratamento psicofarmacológico. Do total de 96 encontrados, apenas seis preencheram os critérios de inclusão. Os estudos encontrados, apesar de poucos, apontaram que existem estudos sendo desenvolvidos com propósito de testar e validar intervenções efetivas para o tratamento das compras compulsivas. Apesar dos indícios de efetividade de abordagens psicoterápicas no tratamento do comprar compulsivo, a escassez de estudos, a ausência de estudos comparativos entre diferentes psicoterapias, entre outros aspectos, indicam a necessidade de implementar pesquisas sobre a efetividade do tratamento psicológico face a face com este tipo de psicopatologia. O estudo empírico teve como objetivo avaliar resultados do tratamento psicoterápico de uma compradora compulsiva e descrever o processo terapêutico. A pesquisa foi realizada em uma clínica privada do interior do Estado do Rio Grande do Sul. As participantes foram uma terapeuta, psicóloga e especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, com mais de dez anos de experiência na área e uma paciente, adulta, casada, com sintomas de comprar compulsivo, aliados a depressão. Foram

realizadas 12 (doze) sessões de psicoterapia, utilizando o enfoque da TCC. Todo o tratamento foi gravado em áudio e posteriormente transcrito e avaliado por uma dupla de juízes independentes, através do método *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS) para a obtenção de descrições quantitativas de elementos que caracterizaram o processo terapêutico, considerando fatores da paciente, da terapeuta e da interação entre ambas. A avaliação dos resultados foi obtida através de medidas antes, durante e após o tratamento, de sintomas de comprar compulsivo (YBOCS-SV), ansiedade (BAI), depressão (BDI-II) e de ajustamento social (EAS). Este estudo apontou que a TCC foi efetiva no tratamento de comprar compulsivo, promovendo a redução de comportamentos disfuncionais típicos desta patologia, a reestruturação de crenças disfuncionais da paciente e a melhora dos sintomas de depressão e de ajustamento social. Os achados não permitem generalizar quais fatores foram mais importantes para estes positivos resultados, porém, a aliança terapêutica, as tarefas comportamentais, a motivação da paciente e a atitude de apoio da terapeuta, foram fatores essenciais para este processo.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Processo Terapêutico; Compras Compulsivas.

ABSTRACT

This Master's Dissertation discusses the process of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy (CBT), with emphasis on pathology of compulsive buying. The dissertation consists of a systematic review on psychotherapy for cases of compulsive buying and an empirical study of the change process in a case of CBT. A systematic review of the literature came from the theme of her compulsive buying and psychotherapeutic options. The search found 96 articles, only six of which met the inclusion criteria. The articles found, though few, have pointed out that there are studies being developed for the purpose of testing and validating effective interventions for compulsive buying treatment. Despite the evidence of effectiveness of psychotherapeutic approaches in the treatment of compulsive buying, the scarcity of studies, the lack of comparative studies between different psychotherapies, among other things, indicate the need to implement research on the effectiveness of psychological face to face treatment with this type of psychopathology. The empirical study aimed to evaluate psychotherapy results of a compulsive buyer and to describe the therapeutic process. The research was conducted in a private clinic in the state of Rio Grande do Sul. Participants were a therapist, psychologist and expert in Cognitive Behavioral Therapy, with over ten years of experience in the field and a patient, adult, married, with symptoms of compulsive buying, coupled with depression. Twelve (12) sessions of psychotherapy were performed, using the approach of CBT. All treatment was recorded on audio, transcribed, and evaluated by a pair of independent judges with the method Psychotherapy Process Q-Set (PQS) for obtaining quantitative descriptions of elements that characterize the therapeutic process, considering patient's, therapist's and interaction' factors. The evaluation of results were obtained through measurements of compulsive buying symptoms (YBOCS-SV), anxiety (BAI), depression (BDI-II) and social adjustment (EAS), performed before, during and after

treatment. This study showed that CBT was effective to treat compulsive buying, promoting reductions of dysfunctional behaviors that are typical of this condition, restructuring patient's dysfunctional cognitions and improving depressive symptoms and social adjustment. The findings do not allow generalizing what factors were most important to these positive results. However, therapeutic alliance, behavioral tasks, patient's motivation, and therapist's supportive attitude were essential factors to this process.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Therapeutic Process; Compulsive Buying; Compulsive Shopping.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
SEÇÃO I – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA.....	17
1 Introdução	18
2 Método	21
3 Resultados.....	22
4 Discussão	28
5 Considerações Finais	30
Referências.....	31
SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO	36
1 Introdução	38
2 Método	45
2.1 Delineamento	45
2.2 Paciente	46
2.3 Terapeuta.....	47
2.4 Terapia.....	48
2.4 Instrumentos	49
2.5 Procedimentos de coleta de dados.....	53
2.6 <i>Follow-up</i>	54
2.7 Procedimentos de análise de dados	54
2.8 Aspectos éticos.....	56
3 Resultados.....	56
3.1 Resultados da terapia.....	56
3.2 Adesão da terapia ao modelo TCC.....	58
3.4 Descrição do Processo Terapêutico.....	59
4 Discussão	65
5 Considerações Finais	71
Referências.....	72
APÊNDICE A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS	82
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente	83
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terapeuta.....	84
ANEXO A – Ficha de Codificação do PQS	86
ANEXO B - Itens do Psychotherapy Process Q-Set	87

ANEXO C - Escala de Adequação Social	90
ANEXO D – Compulsive Buying Scale.....	102
ANEXO E – YBOCS-SV	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Psicoterapia para compras compulsivas	21
Tabela 2. Medidas de resultados nos períodos de pré-tratamento, intermediário, término e <i>Follow-up</i>	54
Tabela 3. Correlações da Terapia com Protótipos	56
Tabela 4. Itens Menos e Mais característicos do Processo Terapêutico, conforme PQS	56
Tabela 5. Diferenças de medias (ANOVA) entre Fases da Terapia quanto as Características do Processo Terapêutico	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Variação dos escores relativos ao item 87 do PQS na terapia **62**

LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>
CBS	<i>Compulsive Buying Scale</i>
CBT	<i>Cognitive Behavior Therapy</i>
EAS	Escala de Adequação Social
NIHM	<i>National Institute of Mental Health</i>
PI	Psicoterapia Interpessoal
PP	Psicoterapia Psicodinâmica
PQS	<i>Psychotherapy Process Q-Set</i>
RCI	<i>Reliable Change Index</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
YBOCS	<i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale</i>
YBOCS-SV	<i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale-Shopping Version</i>

INTRODUÇÃO

Comprar pode ser percebido como uma tarefa corriqueira e necessária na vida de muitos, porém, para algumas pessoas, este inofensivo ato pode vir a se tornar um problema. Originalmente denominada oniomania por Bleuler e Kraepelin no início do século XX (Filomensky, Tavares, & Cordás, 2008; Lee & Myzyk, 2004), o comprar compulsivo somente décadas mais tarde passou a ser alvo da atenção de clínicos e pesquisadores (Black, 2007). Nos últimos 20 anos, o comprar compulsivo passou a ser mencionado com maior frequência, especialmente na mídia e na justiça (O’Guinn & Faber, 2006), bem como em livros de autoajuda (Benson, 2000). Entretanto, considerando a sua elevada incidência, a literatura sobre o assunto ainda pode ser considerada um tanto quanto escassa (Boermans & Egger, 2010), ainda mais quando se trata de avaliar as intervenções terapêuticas mais indicadas para o tratamento desta psicopatologia.

Independentemente do tipo de psicopatologia, pesquisadores em psicoterapia são unânimes em afirmar a necessidade de um maior incremento de estudos sobre o processo de mudança em psicoterapia e muito se discute acerca de resultados e ganhos em diferentes psicoterapias. Há nas últimas décadas um importante incremento da pesquisa para verificar a eficácia e a efetividade das psicoterapias em diferentes transtornos, sendo a TCC uma das abordagens com maior validação empírica. Entretanto, pouco se sabe sobre: O que faz uma pessoa modificar ou não seu comportamento disfuncional? De que maneira determinado tratamento produziu ou não a mudança esperada? Por que foi eficaz para uma patologia e não para a outra? Estas, dentre outras questões, tem sido alvo dos chamados estudos de processo-resultados.

Esta dissertação de Mestrado tem como temática central a investigação do processo e dos resultados da Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes com sintomas de

compras compulsivas. Este trabalho está vinculado a linha de Pesquisa 1 do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UNISINOS, intitulado “*Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas*” e, mais especificamente, ao projeto “Elaboração e Aplicação de Protótipos para Avaliar o Processo Ideal versus o Processo Real das Psicoterapias Breves: Um estudo sobre o processo de mudança na Psicoterapia Psicodinâmica Breve”, coordenado pela Prof. Fernanda Barcellos Serralta, que tem como interesse central a investigação empírica do processo de mudança em psicoterapia através do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS: Jones, 2000), um método empírico de avaliação do processo terapêutico de psicoterapias de diferentes orientações que tem produzido ao longo dos seus mais de 25 anos de existência diversas contribuições para a compreensão de como funcionam as psicoterapias (Ablon, Levy, & Smith-Hansen, 2011). Este método foi introduzido no Brasil recentemente (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007) e os estudos brasileiros com o mesmo encontram-se ainda em estágio de desenvolvimento inicial.

Com o objetivo de contribuir para a compreensão do processo de mudança na TCC em casos de compras compulsivas, a presente dissertação contempla dois estudos, um teórico e um empírico, que estão apresentados nas duas sessões que a integram. A **Seção I** apresenta o artigo teórico. Este consiste em uma revisão sistemática da literatura acerca da psicoterapia para pacientes com transtorno de comprar compulsivo. O seu intuito foi mapear quais as abordagens psicoterapêuticas que têm sido empregadas para tratar esse tipo de psicopatologia e com quais resultados. A **Seção II** apresenta o artigo empírico, que contempla uma investigação de processo-resultados em um caso de e uma mulher adulta, com problemas de compras compulsivas, tratada através da abordagem cognitivo-comportamental. Este estudo foi delineado com o objetivo de compreender as características do processo da TCC para compras compulsivas, bem como levantar hipóteses sobre os seus ingredientes ativos. É importante ressaltar que o mesmo é o primeiro estudo brasileiro sobre processo da TCC com

o PQS e também o primeiro a examinar empiricamente o processo e os resultados da TCC individual para compras compulsivas.

Referências

- Ablon, J. S., Levy, R., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy, 14*(1), 14-48.
- Benson, A. L. (2000). *I shop therefore I am: compulsive buying and the search for self*. New York: Rowman & Littlefield publishers.
- Black, D. W. (2007, February). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry, 6*, 14-18.
- Boermans, J. A. J., & Egger, J. I. M. (2010). Compulsive Buying or Oniomania: an Overview. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 52*(1), 29-39.
- Filomensky, T. Z., Tavares, H., & Cordás, T. A. (2008). Compras compulsivas. In T. A. Cordas. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos*. (p. 121-135). Porto Alegre: Artmed.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.
- Lee, S., & Myzyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science e Medicine, 58*, 1709-1718.
- O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (2006). Compulsive buying: Review and reflection. In C. P. Haugtvedt, P. Herr, & F. R. Kardes. *Handbook of Consumer Psychology*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(1), 44-55.

SEÇÃO I – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

Compras compulsivas: uma revisão sistemática das opções psicoterapêuticas

RESUMO

Este artigo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar de maneira sistemática a produção bibliográfica dos últimos 10 anos acerca da psicoterapia para compras compulsivas. Foi feita uma busca nas bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine*), *Social Sciences Citation Index (Web of Sciences)*, *Science Citation Index Expanded (Web of Science)* e *American Psychological Association (APA)* com as palavras-chave *psychotherapy* (psicoterapia) and (e) *compulsive buying* (compras compulsivas). A busca foi limitada ao período compreendido entre 2002 e 2012 e encontrou 96 artigos. Foram excluídos artigos teóricos, de revisão e estudos que focalizavam o tratamento psicofarmacológico como única opção de tratamento totalizando seis artigos analisados. Os resultados revelaram que estes avaliavam modalidades de tratamento distintas (grupoterapia e terapia individual), usavam diferentes métodos (relatos de caso, estudo de caso e pesquisas experimentais) e intervenções (TCC e psicodinâmica). A escassez de estudos encontrados, a ausência de estudos comparativos entre diferentes modelos de psicoterapia e o fato de apenas dois estudos focalizarem a terapia individual através de relatos de caso, não permite afirmar a efetividade geral das abordagens face a face ou indicar a superioridade de uma modalidade terapêutica sobre outra. Diante disso, faz-se necessário implementar estudos sobre a psicoterapia para o comprar compulsivo, com objetivo de proporcionar maior suporte aos psicoterapeutas acerca de opções de tratamento efetivas para esta patologia.

Palavras-chave: Compras Compulsivas; Psicoterapia; Oniomania.

ABSTRACT

This article aims to evaluate systematically the scientific production about psychotherapy for compulsive buying, considering the last 10 years. A search was performed in MEDLINE (National Library of Medicine), Social Sciences Citation Index (Web of Sciences), Science Citation Index Expanded (Web of Science) and American Psychological Association (APA) with the keywords psychotherapy and compulsive buying. The search was limited to the period between 2002 and 2012 and found 96 articles. We excluded theoretical articles, literature reviews, and studies that focused psychopharmacological treatment as the only therapeutic option, which totaled six articles analyzed. The results show that these studies assessed different modalities of treatment (group therapy and individual therapy), used different methods (case reports, case study and experimental research) and interventions' approaches (CBT and psychodynamic). Few studies were found, none of them comparing different models of psychotherapy and, due the fact that only two studies have focused individual therapy through case reports, it is not possible to claim the overall effectiveness of face to face approaches or to indicate the superiority of one therapy modality over another. It is necessary to implement studies on psychotherapy for compulsive buying.

Keywords: Compulsive Buying; Psychotherapy; Oniomania.

1 Introdução

Comprar, uma tarefa corriqueira e necessária na vida pode tornar-se um problema para algumas pessoas. A alteração psicopatológica que envolve o comportamento impulsivo relacionado ao comprar, originalmente denominada oniomania por Bleuler e Kraepelin no início do século XX (Filomensky, Tavares, & Cordás, 2008; Lee & Myzyk, 2004), começou a

ser reconhecida como fenômeno a ser compreendido e investigado somente a partir da década de 1990 (Black, 2007).

O comprar compulsivo é definido como um problema psicopatológico associado a fortes e incontroláveis impulsos por comprar (Faber, 2000). O comportamento de comprar neste contexto é composto por reações rápidas e não planejadas, sem nenhuma ou pouca avaliação das suas consequências (Grant, Levine, Kim, & Potenza, 2005; Tavares & Alarcão, 2008). Embora estes sintomas sejam comuns e inclusive constituam critério diagnóstico para a fase de mania ou hipomania do Transtorno Bipolar (APA, 2000), é importante notar que o comprar compulsivo vem sendo estudado independentemente desta categoria diagnóstica. McElroy, Keck, Pope, Smith e Strakowski (1994) e Boermans e Egger (2010), por exemplo, consideram o comprar compulsivo como um Transtorno de Controle de Impulsos SOE (sem outra especificação), o que pressupõe a exclusão de mania ou hipomania. E, embora não esteja descrito no DSM-IV, alterações ao DSM-V estão sendo propostas, as quais incluem a criação de novas categorias que podem influenciar na sua conceituação (Hollander & Allen, 2006).

McElroy et al. (1994) propõem os seguintes critérios diagnósticos para o comprar compulsivo: A) Preocupações, impulsos ou comportamentos mal-adaptativos envolvendo compras, como indicado por, pelo menos, um dos seguintes sintomas: 1. Preocupação frequente com compras ou impulso de comprar irresistível, intrusivo ou sem sentido; 2. Comprar mais do que pode, comprar itens desnecessários ou comprar por mais tempo que o pretendido. B) A preocupação com compras, ou impulsos ou o ato de comprar causam sofrimento marcante, consomem tempo significativo e interferem no funcionamento social e ocupacional ou resultam em problemas financeiros. C) As compras compulsivas não ocorrem exclusivamente durante episódios de mania ou hipomania.

O comprar compulsivo constitui uma síndrome clínica que possui características crônicas e repetitivas (Boermans & Egger, 2010), na qual predominam preocupações excessivas, desejos e comportamentos envolvendo gastos e que levam a consequências adversas (Black, 2001), resultando, assim, em prejuízo social e psicológico para o indivíduo (Christenson, Faber, Zwaan, Raymond, & Specker, 1994). A estimativa de prevalência desta síndrome varia de 2 a 8% na população geral, podendo estar associada a outros quadros psicopatológicos de eixo I, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade e uso abusivo de substâncias (McElroy et al., 1994). Caso esta síndrome fosse incluída como transtorno específico nas classificações da CID e do DSM, constituiria o diagnóstico mais comum entre o grupo dos Transtornos de Controle de Impulsos (Filomensky & Tavares, 2009).

O comprar compulsivo pode ser compreendido como um vício de comportamento, ou seja, pode se constituir como um comportamento aprendido. Entende-se que, neste contexto, a compra possui um caráter recompensador e consiste em uma maneira inadequada de enfrentar a tensão (Grusser, Thalemann, & Albrecht, 2004). Desse modo, hipotetizando que o comportamento de comprar compulsivamente é motivado por sentimentos negativos e mantido pelo surgimento, durante a compra, de sentimentos eufóricos ou simplesmente pela diminuição dos afetos negativos (Miltenberger, Redlin, Crosby, Stickney, & Mitchell, 2003). Sugere-se, ainda que a aquisição patológica de bens-materiais está ainda ligada às crenças distorcidas de que a compra tornará a pessoa mais feliz (Gardarsdottir, Dittmar & Aspinnal, in Dittmar, 2005), estando, assim, relacionadas à busca do bem estar subjetivo.

As compras compulsivas compreendem características tanto do Transtorno Obsessivo Compulsivo quanto dos Transtornos de Controle de Impulsos (Christenson et al., 1994; Black, Repertinger, Gaffney, & Gabel, 1998). Conforme Adés e Lejoyeux (2001), assim como os bulímicos, os compradores compulsivos podem ser comparados às pessoas adictas. McElroy,

Keck e Phillips (1995) afirmam que o comprar compulsivo pode ser chamado de transtorno secreto, assim como a cleptomania. Esses autores apresentam os resultados de um estudo em que a maioria dos pacientes referiu sentimentos de culpa e vergonha acerca de suas compras, muitas vezes escondendo-as de seus familiares.

Os compradores compulsivos tendem a apresentar baixa autoestima e a depender demasiadamente da opinião de terceiros, sendo comum que o aparecimento de episódios de compras compulsivas esteja ligado a situações de crise, tais com o fim de um relacionamento afetivo importante, por exemplo (Lucas-Taracena & Montanés-Rada,1998). Um estudo envolvendo familiares de compradores compulsivos e os resultados apontaram que estes estão mais propensos a desenvolver patologias do humor, como depressão, e a ter mais de uma psicopatologia concomitante, tais como alcoolismo ou abuso de drogas. Além disso, o estudo constatou que 9,5% destes eram também compradores compulsivos (Black et al.,1998).

Poucos estudos internacionais dedicam-se a pesquisar as compras compulsivas e suas opções terapêuticas, e este número diminui significativamente no que concerne ao Brasil. Em sua maioria, os estudos sobre o comprar compulsivo avaliam opções psicofarmacológicas para o tratamento desta psicopatologia (Black, Monahan, & Gabel, 1997; Black, Gabel, Hansen, & Schlosser, 2000; Bullock & Koran, 2003), incluindo revisões sistemáticas sobre esta modalidade terapêutica (Tonelli, Alvarez, Bertolucci, & Rosa, 2008).

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre a psicoterapia para o comprar compulsivo com vistas a identificar quais as modalidades de intervenção que tem sido empregadas em pacientes com essa psicopatologia e quais os resultados por elas obtidos.

2 Método

Realizou-se uma busca de artigos sobre psicoterapia para o comprar compulsivo através do Portal de Periódicos da Capes nas bases de dados *MEDLINE* (*National Library of*

Medicine), *Social Sciences Citation Index (Web of Sciences)*, *Science Citation Index Expanded (Web of Science)* e *American Psychological Association (APA)*, nos anos de 2002 a 2012.

Os descritores *psychotherapy* (psicoterapia) and (e) *compulsive buying* (compras compulsivas) foram utilizados para a busca, limitada ao período compreendido entre os anos 2002 e 2012. Foram incluídos todos os artigos que relatassem formas de tratamento psicoterapêutico para compras compulsivas e excluídos artigos teóricos, de revisão de literatura bem como aqueles que tratavam exclusivamente de tratamentos psicofarmacológicos.

3 Resultados

A busca com as palavras psicoterapia e compras compulsivas gerou um total de 96 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão e eliminação das duplicatas, no período pesquisado. Dentre os artigos excluídos, um grande número discorria sobre compras compulsivas no Parkinson. Foram encontrados apenas seis artigos que preencheram os critérios adotados para esta revisão sendo um relato de caso clínico, no qual o paciente foi tratado através de psicoterapia psicodinâmica (Marcinko, Bolanca, & Rudan, 2006), um estudo de caso único, tratado através da terapia cognitivo-comportamental (Kellet & Bolton, 2009), quatro estudos experimentais ou quase-experimentais para investigar a efetividade da TCC em grupo comparada a lista de espera (Mitchel et al., 2006; Mueller et al., 2008) e com a ajuda-guiada e lista de espera (Muller et al., 2011), além de um estudo piloto para verificar a efetividade de um grupo de TCC com foco na reestruturação cognitiva (Filomensky & Tavares, 2009).

A Tabela 1 apresenta uma síntese desses estudos.

Tabela 1

Psicoterapia para compras compulsivas – período 2002-2012

Revista	Ano	Título	Autores	Objetivos	Delineamento	Síntese dos resultados	Conclusão
Behavior Research and Therapy	2006	Cognitive Behavioral Therapy For Compulsive Buying disorder	Mitchell, Burgard, Faber, Crosby & Zwaan	Revisar resultados de um estudo piloto utilizando manual comparando eficácia da TCC a um grupo controle	Experimental não randomizado com grupo controle	TCC mostrou melhores resultados que a lista de espera: diminuiu episódios de compra, tempo de compra, escores na YBOCS-SV e CBS	TCC mais eficaz do que lista de espera
Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry	2006	Compulsive Buying and binge eating disorder – a case vignettes	Marcinko, Bolanca & Rudan	Descrever tratamento combinado de duas mulheres compradoras compulsivas e com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica	Relato de caso	Os resultados apontaram para redução dos sintomas de comprar e comer compulsivo a partir das duas primeiras semanas de tratamento integrativo (psicoterapia psicodinâmica e medicação).	Em ambos os casos a psicoterapia psicodinâmica associada à medicação mostrou-se efetiva.
Journal of Clinical Psychiatry	2008	A Randomized, Controlled Trial of Group Cognitive-Behavioral Therapy for Compulsive Buying Disorder: Posttreatment and 6-Month Follow-Up Results	Mueller, Mueller U, Silbermann, Reinecker, Bleich S, Mitchell, de Zwaan.	Comparar TCC em grupo com grupo controle	Estudo experimental/rand omizado/	Intervenção cognitivo-comportamental específica mostrou resultados positivos sob os sintomas de comprar compulsivo, quando comparados a lista de espera. Resultados mantidos no <i>followup</i> de 6 meses.	TCC foi eficaz
Clinical Psychology and Psychotherapy	2009	Compulsive Buying: A cognitive-behavioral model	Kellett & Bolton	Estudar resultados da TCC em um caso de compras compulsivas	Estudo de caso	Houve mudanças clinicamente significativas e confiáveis (usando o RCI) no comportamento de comprar compulsivo, Mudanças mantidas até seis meses de <i>followup</i> .	Modelo de TCC efetivo.
Revista Brasileira de Psiquiatria	2009	Cognitive restructuring for compulsive buying	Filomensky, & Tavares,.	Descrever resultados de estudo piloto sobre TCC para compras compulsivas, enfatizando reestruturação cognitiva	Quase-experimental (pré-pós sem grupo controle)	significativo decréscimo nos escores da YBOCS-SV após 20 sessões de TCC	Melhora dos sintomas avaliados pela YBOCS-SV após 20 sessões de TCC
Clinical Psychology and Psychotherapy	2011	Cognitive-Behavioral Group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study.	Müller, Arikian, Zwaan & Mitchell	Estudo piloto: comparar TCC com ajuda guiada pelo telefone e lista de espera	Experimental/rand omizado.	TCC mostrou maior eficácia do que auxílio telefônico e lista de espera. Auxílio telefônico tendeu a ter maior sucesso quando comparado a lista de espera.	TCC foi eficaz

Conforme pôde ser visualizado na tabela 1, dos seis artigos incluídos, cinco eram internacionais e apenas um nacional. Entre 2002 e 2005 não houve nenhuma publicação sobre o tema nas bases de dados consultadas. Em 2006 houve dois estudos, em 2008, um estudo, em 2009, dois estudos e em 2011 apenas um estudo.

Mitchell et al. (2006) realizaram um estudo piloto de resultados de psicoterapia a fim de comparar os efeitos da TCC com lista de espera em mulheres compradoras compulsivas selecionadas a partir dos escores da *Compulsive Buying Scale, CBS* (Faber & O'Guinn, 1992). As participantes foram 39 mulheres, sendo 28 no grupo experimental e 11 no controle. A alocação nos grupos foi não-randomizada. Foram realizadas 12 sessões de psicoterapia (TCC) em grupo, manualizada. Cada encontro teve duração de uma hora e meia, dispostas em dez semanas de psicoterapia, com uma sessão de *follow-up*, após seis meses. Como critérios de exclusão para o tratamento utilizou-se as evidências passadas ou atuais de transtorno de humor bipolar, de tipo I, transtorno ou episódio psicótico, ideação suicida, pessoas que estivessem passando por psicoterapia e dependentes de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas. Os resultados deste estudo piloto demonstraram que a TCC teve impacto positivo sobre os comportamentos de comprar compulsivo (diminuição dos escores da Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – Shopping Version). Os autores concluíram que embora o período de tratamento tenha sido relativamente curto, os participantes estiveram envolvidos em tarefas fora da sessão (tarefa de casa), aprendendo a diferenciar compras compulsivas e não compulsivas e a utilizar estratégias de autorregulação. Um dos passos importantes do tratamento, segundo os próprios pacientes, foi o encorajamento para que se livrassem dos cartões de crédito e passassem a realizar suas compras somente com dinheiro. Conforme os autores, porém, sem mais pesquisas, torna-se difícil saber quais fatores contribuíram para a mudança terapêutica.

Marcinko, Bolanca e Rudan (2006) relataram dois casos de mulheres, compradoras compulsivas, com comorbidade com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, que foram tratadas com uma modalidade de tratamento integrativo de psicoterapia psicodinâmica combinada com medicação. No caso 1, a Sra. A., que era arquiteta, com 33 anos de idade, solteira e vivia sozinha. O tratamento ocorreu de maneira combinada, psicoterapia psicodinâmica e 150mg de *fluvoxamina* ao dia, além de pequenas e não especificadas doses de *diazepam*, ao menos duas vezes por semana para regulação do sono. Os episódios de compra compulsiva foram reduzidos em quatro semanas de seguimento. Na segunda semana, as compras compulsivas de alimentos e os episódios compulsão alimentar reduziram e, a partir da terceira semana, a paciente começou a se estabilizar. A paciente seguiu em tratamento por um ano, sem recidiva dos sintomas. Neste mesmo estudo, o caso 2 trata-se da Sra. B, 41 anos, engenheira mecânica, casada e sem filhos. Iniciou a comprar de maneira compulsiva em viagens de trabalho, nas quais tinha a oportunidade de comprar lembranças. O tratamento incluiu psicoterapia psicodinâmica conjuntamente com 200mg de *fluvoxamina* diárias e, começando a mostrar resultados a partir da terceira semana. A fissura pelas compras e por comer compulsivo reduziu desde a segunda semana de tratamento. A terapia seguiu por um ano e os comportamentos que causavam problemas à paciente não retornaram. Com base nos dois casos relatados, os autores concluíram que o sucesso no tratamento de ambos os casos deveu-se a combinação da psicoterapia e de dosagens adequadas da medicação.

Mueller et al. (2008) realizaram um estudo randomizado compararam TCC em grupo para compradores compulsivos com lista de espera. Foram utilizados os critérios de McElroy et al. (1994) para a inserção dos participantes, os quais foram submetidos a doze sessões de psicoterapia, com seis meses de *follow-up*. Na seleção dos participantes

a presença de mania ou hipomania e ideação suicida foram critérios de exclusão. Outras comorbidades não foram excluídas do tratamento. As medidas utilizadas para avaliar as compras foram *Compulsive Buying Scale (CBS)* e *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale-Shopping Version (YBOCS-SV)*. Todos os participantes (n=68) foram avaliados no início do tratamento, sendo que 31 deles foram encaminhados ao grupo de TCC. Estes foram avaliados no final do tratamento e no período de seis meses de seguimento. Indivíduos encaminhados a Lista de Espera (n=29) foram reavaliados 12 semanas após o início, sendo que após o período de espera tiveram a opção de receber tratamento (TCC). Os que decidiram participar do tratamento secundário também foram avaliados no final do tratamento e no final de um período de seis meses de seguimento. O tratamento durou 12 semanas, com uma sessão de grupo de 90 minutos por semana. No grupo de TCC, seis participantes não terminaram o tratamento, o que significou uma desistência de 19% da amostra. Todos os 29 pacientes da lista de espera iniciaram um segundo tratamento com TCC, sendo que a desistência foi de 17% (N=5). O estudo concluiu que TCC tem resultados eficazes nos comportamentos de comprar compulsivo. A comorbidade com colecionismo e o menor número de sessões de terapia mostrou-se associada à não-resposta.

Kellet e Bolton (2009) apresentaram um estudo de caso de uma mulher, de 36 anos, casada e com filhos, com sintomas de comprar compulsivo que foi tratada com terapia cognitivo-comportamental. Neste estudo, medidas de resultado foram utilizadas para verificar a gravidade dos sintomas no pré-tratamento, no término e no seguimento (*follow-up*) de seis meses. Foram realizadas um total de 14 sessões, sendo que destas, 3 foram de entrevista inicial, 10 da psicoterapia propriamente dita e 1 sessão de *follow-up*, cada uma com duração de cinquenta minutos. Após tratamento, a paciente apresentou melhoras no quadro e as manteve no *follow-up*, sendo que foi utilizado o *Reliable*

Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) para avaliar se as mudanças eram clinicamente significativas e confiáveis. Os resultados apontaram para uma melhora no comportamento de comprar compulsivo mensurado pelas escalas *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale - Shopping Version* (YBOCS-SV) e *Compulsive Buying Scale* (CBS).

No Brasil, Filomensky e Tavares (2009), descreveram os resultados de um estudo-piloto de TCC em grupo para compradores compulsivos. Os participantes foram um homem e oito mulheres, com idade média de 41,8 anos, que foram selecionados a partir dos critérios diagnósticos de McElroy et al. (1994). Sete dos nove participantes preencheram critérios para depressão e dois deles para transtorno bipolar, porém, a perda do controle acerca das compras não era melhor explicada pelas alterações de humor, sendo que somente ocorriam em fase de eutímia. A estrutura central deste grupo baseou-se na reestruturação cognitiva de crenças ligadas ao comprar compulsivo. A YBOCS-SV foi utilizada para acessar comportamentos e cognições ligadas ao comprar compulsivo pré e pós-tratamento. Houve redução significativa no escore total e nas duas subescalas, cognitiva e comportamental. Demonstrou-se neste estudo que o grupo de TCC direcionado a distorções específicas relacionadas às compras pode auxiliar a tratar tanto a cognição quanto os comportamentos disfuncionais relacionados a esta patologia, após vinte sessões de tratamento. Os autores enfatizaram a necessidade de estudos controlados para determinar a generalização destes achados.

Mueller, Airikian, Zwann e Mitchel (2011) realizaram um ensaio clínico randomizado com TCC em grupo, um grupo de lista de espera e um grupo que recebeu ajuda guiada por telefone. Um total de 64 indivíduos foram elegíveis para o estudo, destes, 56 que compareceram foram alocados aleatoriamente nos três grupos, sendo 22 participantes na TCC, 20 na ajuda guiada e 14 na lista de espera. O grupo que recebeu

ajuda guiada recebeu um material de apoio que consistiu em tarefas de casa específicas utilizadas na TCC (manualizada), porém, não foram submetidos a nenhum tipo de encontro, podendo receber apoio ou explicações somente por telefone, se julgassem necessário. Todos os participantes receberam os tratamentos por um período de dez semanas. O *follow-up* foi realizado após seis meses de tratamento com os grupos de TCC e de ajuda telefônica guiada. Foram utilizadas como medidas para avaliar compras compulsivas a CBS e YBOCS-SV, e o *Beck Depression Inventory* (BDI) foi utilizado para avaliar depressão. Após os seis meses, o grupo TCC apresentou um decréscimo significativo nos escores da CBS e da YBOCS-SV. O grupo de ajuda telefônica guiada também mostrou redução significativa na YBOCS, mas não na CBS. Conforme esperado, os níveis das duas escalas não sofreram alterações no grupo de lista de espera. Os resultados gerais apontaram que a TCC face a face mostrou-se superior aos outros dois grupos.

4 Discussão

Com o crescimento do interesse científico pelos prejuízos ocasionados pelos comportamentos de comprar compulsivo na literatura nota-se uma ênfase nas discussões e estudos sobre a sua sintomatologia e definição (Black, 2001), a sua relação com o histórico familiar (Black et al., 1998), autoimagem e materialismo (Dittmar, 2005), bem como sobre as opções farmacológicas para o seu tratamento (Lee & Myzyk, 2004), dentre outros.

Embora estivéssemos cientes que o número de trabalhos sobre psicoterapia e compras compulsivas era provavelmente pequeno, surpreendeu-nos o reduzido número de estudos encontrados em um período de 10 anos. Chama à atenção a ausência de

qualquer estudo entre 2002 e 2005. A distribuição dos estudos no período não sinaliza significativo aumento ou diminuição do interesse pela temática em estudo.

Dos seis estudos encontrados, um era de abordagem integrativa, pois aliou a psicoterapia psicodinâmica à psicofarmacológica (Marcinko, Bolanca, & Rudan, 2006) e cinco, de orientação cognitivo-comportamental (Mitchell et al., 2006; Mueller et al., 2008; Kellet & Bolton, 2009; Filomensky & Tavares, 2009; Muller et al., 2011). Destes últimos, somente um (Kellet & Bolton, 2009) avaliou os resultados da TCC individual. Este último estudo, embora proporcione uma ilustração preliminar de um modelo para tratamento de compradores compulsivos, necessita ser corroborado por outros estudos para que este modelo possa ser generalizado.

O estudo integrativo tratava da efetividade da combinação entre psicoterapia psicodinâmica e *fluvoxamina* (Marcinko, Bolanca, & Rudan, 2006) para sintomas de compras compulsivas. Embora o estudo traga indícios da efetividade desta combinação para o tratamento desses pacientes, a inexistência de estudos comparativos entre a terapia combinada e outras condições terapêuticas (por exemplo, somente medicação ou psicoterapia), não se pode, com base no estudo, assegurar a superioridade desta proposta de intervenção sobre outras. A ausência de controle também impede que se possa determinar qual ou quais os ingredientes ativos neste caso, medicação, psicoterapia ou ambos. Assim, apesar dos resultados positivos dos dois casos estudados, há claramente a necessidade de mais estudos para verificar a efetividade do tratamento combinado para compradores compulsivos.

Diversas pesquisas, revisões e meta-análises apontam para a eficácia da TCC em uma ampla variedade de condições clínicas, como por exemplo, nos transtornos psicóticos e esquizofrenia (Barreto & Elkis, 2007), no transtorno bipolar (Costa, Cheniaux, Rangé, Versiani, & Nardi, 2012), na depressão unipolar (Rush, Beck,

Kovacs, & Hollons, 1977), no transtorno de pânico e fobia social (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), entre outros. Dentre as opções de tratamento psicoterápico para compras compulsivas, a terapia de grupo com enfoque cognitivo-comportamental foi a que obteve lugar de maior destaque nesta revisão, totalizando quatro estudos, um número bastante modesto para poder extrair conclusões mais sustentadas sobre os resultados desta modalidade de intervenção.

Conforme esta revisão, a TCC em grupo parece ser mais eficaz do que lista de espera (Mitchell et al., 2006; Mueller et al., 2008) e do que orientação telefônica (Muller et al., 2011). Como nenhum estudo encontrado nesta revisão comparou a TCC com outra abordagem de psicoterapia, não há como afirmar a superioridade desta modalidade de intervenção sobre as demais ou mesmo da abordagem de grupo sobre a individual. Diante disso, constata-se que mais estudos são necessários, especialmente que comparando dois tratamentos ativos ou as modalidades individual e grupal.

5 Considerações Finais

Ainda que essa revisão indique que existam indícios de que a psicoterapia em geral e, a TCC em particular, sejam efetivas para tratar compradores compulsivos, não há qualquer subsídio para afirmar a superioridade de uma modalidade terapêutica sobre a outra. A ausência de estudos comparativos sobre psicoterapia e psicofarmacoterapia também não oferece nenhum elemento para supor a superioridade de uma ou outra forma de tratamento sobre a outra.

Nesta revisão, encontra-se um pequeno número de estudos distribuídos em modalidades terapêuticas e delineamentos diversos, o que dificulta uma conclusão geral sobre os achados dos mesmos. Os resultados de todos os estudos incluídos nesta revisão revelaram que a psicoterapia sozinha, em grupo ou em combinação com medicação

produziu reduções significativas nos comportamentos de compulsão por compras, o que aponta para animadores resultados quando se pensa na intervenção psicológica para uma patologia que provoca diversos prejuízos, financeiros, familiares e principalmente psicológicos.

Contudo, apesar destes estudos apontarem para resultados promissores de diferentes estratégias terapêuticas, não fica claro qual a modalidade de intervenção é mais efetiva. Outra questão que fica em aberto é que dentre as comparações dos estudos randomizados, a TCC não aparece sendo comparada com outra modalidade de psicoterapia, mas sim com lista de espera, ou auxílio via telefone, o que pressupõe sim, que o encontro face a face auxilia na melhora dos sintomas, mas não deixa explícito se pela técnica, por objetivos em comum dos pacientes, pelo desenvolvimento de uma aliança terapêutica segura, dentre outros. Nos casos apresentados e tratados pela abordagem psicodinâmica, o uso da medicação parece ter ocupado um importante lugar em ambos os tratamentos, e a falta de especificidade do processo faz novamente questionar: o que fez com que os pacientes que compravam de maneira compulsiva e, pode-se dizer “avassaladora” parassem de ter tais comportamentos? Estes questionamentos abrem, cada vez mais espaço para pesquisas acerca do processo terapêutico. É necessário levar-se em consideração algumas limitações desta revisão, tais como o número reduzido de buscadores e das bases de dados.

Referências

- Adés, J., & Lejoyeux, M. (2003). *Las Nuevas Adicciones*. Barcelona: Kairós.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4 Ed.). Arlington, VA.
- Barreto, E. M. de P., & Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitivo-comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 204-207.

- Black, D. W. (2001, January). Compulsive Buying Disorder: definitions, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, *15*(1), 17-27.
- Black, D. W. (2007, February). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, *6*, 14-18.
- Black, D. W., Repertinger, S., Galfney, G. R., & Gabel, J. (1998, July). Family history and Psychiatric Comorbidity in Persons with Compulsive Buying: Preliminary findings. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(7), 960-963.
- Black, D. W., Monahan, P., & Gabel, J. (1997). Fluvoxamine in the treatment of compulsive buying. *Journal of Clinical Psychiatry*, *58*(4), 159-163.
- Black, D. W., Gabel, J., Hansen, J., & Schlosser, S. (2000). A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, *12*(4), 205-211.
- Boermans, J. A. J., & Egger, J. I. M. (2010). Compulsive Buying or Oniomania: an Overview. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *52*(1), 29-39.
- Bullock, K., & Koran, L. (2003). Psychopharmacology of compulsive buying. *Drugs Today*, *39*(9), 695-700.
- 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. *Clin Psychol Rev.* *26*(1), 17-31.
- Christenson, G. A., Faber, R. J., Zwaan, M., Raymond, N. C., & Specker, S. M. (1994, January). Compulsive Buying: descriptive characteristics and psychiatry comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, *55*(1), 5-11.
- Costa, R. T., Cheniaux, E., Rangé, B. P., Versiani, M. & Nardi, A. E. (2012). Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life.

- Brasilian Journal and Biological Research*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/2012nreview/1225.pdf>.
- Dittmar, H. (2005, November). Compulsive Buying – a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 96(4), 467-491.
- Faber, R. J., & O'Guinn, T. C. (1992). A clinical Screener for Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459-469.
- Filomensky, T. Z., Tavares, H., & Cordás, T. A. (2008). Compras compulsivas. In T. A. Cordas. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos*. (p. 121-135). Porto Alegre: Artmed.
- Filomensky, T. Z., & Tavares, H. (2009). Cognitive restructuring for compulsive buying. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 76-81.
- Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., & Potenza, M. N. (2005). Impulsive Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2184-2188.
- Grusser, S. M., Thalemann, C., Albrecht, U. (2004, March). Excessive compulsive buying or “behavioral addiction”? A case study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116(5-6), 201-204.
- Hollander, E., & Allen, A. (2006, October). Is compulsive Buying a Real Disorder, and Is It Really Compulsive? *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1670-1672.
- Kellett, S., & Bolton, J. (2009). Compulsive Buying: a cognitive-behavioral model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 83-99.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.

- Lee, S., & Myzyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science e Medicine*, 58, 1709-1718.
- Marcinko, D., Bolanca, M., & Rudan, V. (2006). Compulsive Buying and binge eating disorder – a case vignette. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(8), 1542-4.
- McElroy, S. L., Keck, P. E. Jr., Pope, H. G. Jr., Smith, J. M., & Strakowski, S. M. (1994, June). Compulsive Buying: a report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242-248.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., & Phillips, K. A. (1995). Kleptomania, Compulsive Buying and Binge-Eating Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(4), 14-26.
- Miltenberger, R. G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., & Mitchell, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 1-9.
- Mitchell, J. A., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D., & Zwaan, M. (2006). Cognitive Behavioral Therapy for Compulsive Buying Disorder. *Behaviour research and therapy*. 44, 1859-1865.
- Mueller, A., Mueller, U., Silbermann, A., Reinecker, H., & Bleish, S., Mitchell J. E., & Zwaan, M. (2008). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for compulsive buying disorder: posttreatment and 6-month follow-up results. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1131-8.
- Muller A, A., Arikian, A., Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (2011). Cognitive-behavioral group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: a preliminary study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi.: 10.1002/cpp.773

- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollons, S. D. (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out patients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-38.
- Taracena, M. T. de L., & Rada, F. M. (1998). Compra compulsiva: ¿Un nuevo trastorno? *Actas Luso – Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 26(4), 264-272.
- Tavares, H., & Alarcão, G. (2008). Psicopatologia da impulsividade. In T. A. Cordas. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos*. Porto Alegre: Artmed.
- Tonelli, H., Alvarez, C. E., Bertolucci, C., & Rosa, D. D. (2008). Comprar compulsivo: revisão sistemática das opções terapêuticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1, supl 0).

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

Avaliação de processo-resultados de terapia cognitivo-comportamental em um caso de compras compulsivas

RESUMO

Esta pesquisa trata-se de um Estudo de caso Sistemático que tem como objetivo descrever resultados e processo terapêutico do tratamento de uma compradora compulsiva, que recebeu 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Todas as sessões foram gravadas em áudio, transcritas e avaliadas através do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Medidas de resultados foram incluídas para mensurar sintomas de depressão, ansiedade e compras compulsivas. Os achados descrevem a caracterização dos processos do tratamento, bem como resultados da psicoterapia. A terapia apresentou boa adesão ao modelo ideal de TCC, confirmando a natureza cognitivo-comportamental das intervenções empregadas. Após a terapia e no *follow-up*, houve mudança clinicamente significativa e confiável nos sintomas de comprar compulsivo e depressão, além de melhoras no ajustamento social. A análise do processo indicou que fatores pessoais do terapeuta (empatia e responsividade), fatores da paciente (colaboração), fatores da relação (aliança terapêutica) e fatores técnicos (apoio e tarefas de casa) conjuntamente contribuíram para a mudança observada e relatada. As limitações metodológicas do estudo não permitem afirmar qual destes fatores foi preponderante. Há a necessidade de replicação e novos estudos para compreender a efetividade e o processo de mudança na TCC para compras compulsivas.

Palavras-chave: Compras Compulsivas; Terapia Cognitivo-Comportamental; *Psychotherapy Process Q-Set*.

ABSTRACT

This research is a Systematic Case Study, which aims to describe the therapeutic process and outcome of treatment of a compulsive buyer, who received 12 sessions of cognitive-behavioral therapy (CBT). All sessions were audio-recorded, transcribed and evaluated using the Psychotherapy Process Q-Set (PQS). Outcome measures were included to evaluate symptoms of depression, anxiety and compulsive buying. The results describe characteristics and non-characteristics therapeutic processes, as well as psychotherapy results. Therapy showed good adherence to CBT ideal model, confirming cognitive-behavioral the nature of the intervention employed. After therapy and follow up, there were clinically significant and reliable change in symptoms of depression and compulsive buying, and improvement in social adjustment. The analysis of the process indicates that the therapist's personal factors (empathy and responsiveness), patient's factors (collaboration), relationship factors (therapeutic alliance) and technical factors (support and homework) jointly contributed to observed and reported changes. The methodological limitations of the study do not allow us to say which of these factors is predominant. Replication and further studies are needed to understand the effectiveness and the process of change in CBT for compulsive buying.

Keywords: Compulsive Buying; Cognitive-Behavioral Therapy; Psychotherapy Process Q-Set.

1 Introdução

Em princípio, pesquisadores e clínicos trilham um caminho em comum, já que ambos compartilham o objetivo de serem os mais efetivos possíveis em seus trabalhos. Sabe-se, porém, que muitas vezes a prática clínica e a investigação empírica em psicoterapia são dissociadas, pois os estudos empíricos por vezes utilizam delineamentos rigorosos e focalizam questões que se distanciam da prática usual dos psicoterapeutas. De outro lado, psicoterapeutas, via de regra, não se interessam pelos resultados de pesquisas em sua área, não possuem treinamento em pesquisa e muitas vezes não compreendem sua lógica e linguagem. Esse distanciamento da pesquisa empírica e da prática clínica tem sido apontado e discutido a fim de diminuir essa dissociação (por exemplo, Kazdin, 2001; 2007b; 2008).

A pesquisa pode, potencialmente, auxiliar a prática clínica produzindo conhecimentos com vistas a torná-la mais efetiva e, como na prática de psicoterapeutas existe pouca variabilidade de pacientes, fica difícil para o clínico avaliar, por exemplo, que tipo de psicoterapia seria mais efetiva em um caso ou outro. Desse modo, a pesquisa pode auxiliar na prática clínica melhorando a validade das impressões, por parte do clínico, clareando processos e proporcionando evidências para confirmar ou rejeitar suas experiências (Aveline, Strauss, & Stiles, 2007).

Melhorar a eficiência das psicoterapias é um elemento de extrema importância, pois transtornos psicológicos crônicos representam um problema de saúde pública (Carey, 2011) e, embora seja sabido que cerca de 80% das pessoas que fazem psicoterapia apresentam melhoras quando comparado as não tratadas (Asay & Lambert, 1999), ainda pouco se sabe sobre questões importantes como quais psicoterapias funcionam para quais pacientes e quais os mecanismos que produzem a mudança terapêutica (Kazdin, 2008; Lemmens, et al., 2011).

As dificuldades no estabelecimento de relações lineares entre processo e resultado abriram portas para o interesse por estudos chamados de processo de resultado, ou processo de mudança, que tipicamente utilizam uma abordagem correlacional longitudinal, na qual duas ou mais variáveis são observadas, avaliando-se o grau em que co-variam ao longo do tempo (Aveline, Strauss, & Stiles, 2007). O foco destes estudos está na relação e no desempenho dos efeitos da terapia à longo prazo, juntamente com as ligações entre métodos do terapeuta, desempenho do cliente e resultados da psicoterapia (Greenberg & Newman, 1996). Com esse intuito, os pesquisadores estudam sessões ou episódios em que as mudanças aparentam estar ocorrendo, descrevendo, assim, o que parece apontar para o processo terapêutico (Aveline, Strauss, & Stiles, 2007). Neste sentido, os estudos de processo diferenciam-se dos de resultado. Esses últimos tipicamente utilizam abordagens experimentais (modelo de eficácia) ou naturalísticas (modelos de efetividade) com avaliações pré e pós-tratamento somente. Já os estudos de processo priorizam o que acontece durante o tratamento e não somente as diferenças entre antes e depois (Serralta & Streb, 2003). Por esse motivo, o estudo de caso tem sido o delineamento de escolha de muitos pesquisadores interessados no processo de mudança em psicoterapia (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011; Ablon, Levy, & Hansen, 2011).

Para compreender e explicar os mecanismos de mudança faz-se necessário que variáveis do processo e sintomas sejam repetidamente medidos longitudinalmente através do tratamento, sendo que métodos qualitativos e quantitativos podem ser aplicados ao material das sessões gerando fontes de conhecimentos acerca do processo de mudança em psicoterapia (Kazdin, 2008; Aveline, Strauss, & Stiles, 2007; Edwards, 2007; Ablon et al., 2011; Serralta et al., 2011), contexto este em que os estudos de caso sistemáticos assumem relevância, pois possibilitam o exame de processos subjetivos

complexos, sem deixar de lado os pressupostos de objetividade das ciências empíricas (Serralta et al., 2011), chegando o mais próximo possível da experiência clínica real (Edwards, 2007).

De acordo com Kazdin (2008), existem três razões para o uso de sistematizações das terapias individuais: 1) A promoção de maior qualidade nos atendimentos, ou seja, a garantia de um tratamento efetivo; 2) A importância de monitorar os efeitos do tratamento sobre o sujeito, o que implicaria na modificação ou manutenção da técnica, até mesmo a interrupção do tratamento; 3) O uso de instrumentos (sistematização da pesquisa) seria um complemento ao julgamento clínico, pois o acesso sistemático permitiria delineamentos mais precisos da mudança terapêutica do que julgamentos clínicos e avaliação não sistemática.

Atualmente já existem inúmeros instrumentos e métodos para estudar de forma intensiva e sistemática casos individuais de modo a gerar conhecimento derivado da prática clínica e assim promover melhorias no atendimento clínico, a compreensão dos mecanismos de ação terapêutica e a integração entre prática clínica e investigação científica (Kazdin, 2008; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2007; Serralta et al., 2011). Entre estes, está o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS; Jones, 2000), instrumento amplamente utilizado para investigação do processo de mudança em diferentes abordagens de psicoterapia, inclusive na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Desde a publicação da teoria cognitiva da depressão, a TCC tornou-se uma abordagem psicoterapêutica importante e com melhor validação científica (Knapp & Beck, 2008), estando esta abordagem alinhada ao movimento das práticas baseadas em evidência (Edwards, Dattilio, & Bromley, 2004; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

O termo TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) é amplamente utilizado para descrever a procedimentos psicoterapêuticos que combinam tanto a teoria cognitiva, como algumas técnicas derivadas do Behaviorismo (Knapp & Beck, 2008), sendo que a influencia e o alcance da TCC vem aumentando desde que esse método foi introduzido (Wright, Basco, & Thase, 2008).

Aaron Beck e Albert Ellis descreveram os conceitos fundamentais da TCC em 1960 (Sudak, 2008), preocupando-se em formular uma base teórica coerente antes de legislar quaisquer maneiras de intervenções e técnicas (Knapp & Beck, 2008). A Teoria Cognitiva pressupõe que a avaliação de um evento é crucial para adaptação e sobrevivência humana, postulando ainda que, sem a capacidade de processar informações a partir do ambiente, sintetizá-las e formular um plano para lidar com estas situações, não sobreviveríamos (Beck & Dozois, 2011).

Na forma desenvolvida por Beck, a terapia cognitiva enfatiza a observação dos comportamentos e pensamentos atuais do paciente, e o terapeuta trabalha para descobrir as regras, os valores e os pressupostos que foram desenvolvidos ao longo da sua vida para então avaliar e mudar qualquer elemento que possa predispor o paciente a um transtorno subjacente (Sudak, 2008, p. 18).

Diferentes condições psicopatológicas estão associadas com vieses específicos de pensamentos, sentimentos e comportamentos, sendo que estes influenciam na maneira de uma pessoa incorporar e responder a uma nova informação (Sudak, 2008; Knapp & Beck, 2008), sendo que o modelo de Beck postula que a avaliação cognitiva de estímulos internos ou externos influencia e é influenciada pela ativação de alguns sistemas específicos (Beck & Dozois, 2011; Longmore & Worrel, 2007). Sendo assim, a mudança cognitiva gera mudanças no comportamento, e vice-versa (Knapp & Beck, 2008; Wright, Basco, & Thase, 2008; Sudak, 2008).

Uma gama de estudos controlados demonstrou que a TCC é um tratamento considerado eficaz para depressão (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977; Blackburn, Bishop, Walley, & Christie, 1981; Leichsenring, 2001; Power, & Freeman, 2012), transtorno de ansiedade social (Mululo, Bezerra de Menezes, Fontenelle, & Versiani, 2009), transtorno de pânico (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008), transtorno bipolar (Knapp & Isolan, 2005), dor crônica (Burns, Kubilus, Bruehl, Harden, & Lofland, 2003) entre outras inúmeras condições psicopatológicas (Wright, Basco, & Thase, 2008), porém, sabe-se que a TCC não é eficaz da mesma maneira com todos os pacientes e que as razões para essas diferenças no tratamento não são claras (Fennell & Teasdale, 1987), assim, faz-se necessários os estudos sobre processo de mudança em TCC.

De acordo com Blagys e Hilsenroth (2002), em seu artigo de revisão de literatura, os quais buscaram evidenciar processos básicos no tratamento desta modalidade de psicoterapia, seis técnicas são mais utilizadas e características TCC, como o uso de tarefa de casa e atividades fora da sessão; direcionamento da sessão; ensino de habilidades ao paciente para lidar com seus sintomas; ênfase nas experiências futuras do paciente; promover aos pacientes conhecimentos sobre seu tratamento, transtorno e sintomas e foco em elementos cognitivos. Neste mesmo estudo, os autores também avaliaram que a mudança nos pensamentos é uma marca registrada da TCC, o que a diferencia fortemente de outras práticas psicoterapêuticas. Porém, Longmore e Worrell (2007), afirmam que a mudança de pensamento pode ser superficial, mostrando, segundo revisão de diversos estudos que o comportamento, ou a mudança deste, apresentou maior efetividade em tratamentos para depressão e ansiedade.

Muitos estudos na TCC avaliam resultados na psicoterapia, não podendo, assim, afirmar as razões da mesma funcionar ou não. Neste sentido, os estudos de processo de mudança na TCC são necessários. Jones e Pulos (1993) usaram o *Psychotherapy*

Process Q-Set (PQS) para comparar o processo terapêutico em duas modalidades de Psicoterapia Breve, a Psicoterapia Psicodinâmica (PP) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Embora este estudo tenha demonstrado algumas semelhanças no processo, existem algumas diferenças importantes que regem estes.

A TCC promoveu controle do afeto negativo através do uso de intelecto e racionalidade, combinando com incentivo, apoio e confiança do terapeuta. Em contrapartida, a PP foi caracterizada por enfatizar a evocação do afeto negativo em enfatizar afetos incômodos e trazê-los a consciência, e em ligar dificuldades atuais com experiências passadas utilizando a relação terapêutica como agente de mudança. As estratégias psicodinâmicas foram correlacionadas a resultados positivos em ambas as psicoterapias, ao passo que estratégias da TCC não foram relacionadas a mudanças dos pacientes. Ainda, resistência e afeto negativo foram correlacionados de maneira negativa com os resultados em ambos os tratamentos (Jones & Pulos, 1993).

Profissionais *experts* em PP e em TCC, descreveram, a partir dos itens do PQS uma sessão de psicoterapia ideal. A partir dessas descrições desenvolveram protótipos específicos, psicodinâmico e cognitivo-comportamental. Os vinte itens mais característicos de uma sessão de TCC ideal (protótipo TCC) são: o diálogo tem um foco específico (item 23) e centra-se em temas cognitivos, (item 30) enfatizando a situação de vida atual do paciente (item 69) e discutindo sobre atividades específicas para o paciente tentar realizar fora da sessão (item 38). O terapeuta solicita maior informação ou elaboração do paciente (item 31), fornecendo conselhos (item 27) e apresentando eventos em uma nova perspectiva (item 80). Percebe o processo terapêutico acuradamente (item 28) explicando as razões por detrás das técnicas de tratamento (item 57) e encorajando a independência de ação ou opinião do paciente (item 48). Os objetivos do paciente quanto ao tratamento são discutidos (item 4), sendo que o

terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de agir com os outros (item 85), exercendo um papel ativo na sessão (item 17). Ainda, o terapeuta é confiante e seguro de si (item 86), mantendo uma atitude de apoio ao paciente (item 45) e comportando-se de maneira didática (item 37), ao mesmo tempo em que o paciente é comprometido com o trabalho terapêutico (item 73), trazendo material significativo para a sessão (item 88), entendendo a natureza da terapia e o que é esperado (item 72) sentindo-se ajudado (item 95). Este estudo revelou ainda que terapias consideradas puramente psicodinâmicas, também utilizavam técnicas consideradas cognitivo-comportamentais (Ablon & Jones, 1998).

Corroboram com estes achados, estudos comparativos realizados por outros investigadores que encontraram extensas sobreposições em tratamentos psicodinâmicos e cognitivo-comportamentais (Goldfried, Raue, & Castonguay, 1998), sendo que terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam ocasionalmente estratégias psicodinâmicas, as quais foram responsáveis em promover mudanças no paciente (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996).

Ablon e Jones (1999), utilizando os protótipos derivados do PQS, avaliaram o tratamento da depressão tratada através da psicoterapia interpessoal (PI) e terapia cognitivo-comportamental (TCC), utilizando este mesmo instrumento e encontraram que embora existam algumas diferenças entre as duas técnicas, os pacientes apresentam bastante similaridades e tanto a TCC quanto a PI enfatizam as situações de vida atual, e autoimagem, sendo que, em ambas as modalidades de tratamento, terapeutas foram percebidos pelos pacientes como fontes de apoio.

Em outro estudo, Ablon e Jones (2002) avaliaram quanto às terapias oferecidas no *National Institute of Mental Health* (NIMH) estavam aderindo aos protótipos ideais, tanto da TCC quanto da Terapia Interpessoal. Os resultados apontaram para uma maior

aderência ao protótipo TCC, das duas modalidades de psicoterapia, sendo que esta aderência esteve maior relacionada aos resultados.

Com base nos estudos de processo realizados com a TCC e outras abordagens terapêuticas aqui apresentados, pode-se verificar que o processo de mudança não pode ser explicado simplesmente pela ação específica da psicoterapia empregada. Existem processos compartilhados e algumas vezes característicos de outras modalidades terapêuticas que explicam melhor os resultados obtidos. Para contribuir com essa linha de estudos, a presente investigação foi desenvolvida com o objetivo descrever o processo de uma TCC em um caso de compras compulsivas, visando estabelecer hipóteses empiricamente sustentadas do processo de mudança da paciente em questão. Ainda objetivou-se verificar os efeitos do tratamento sobre sintomas (comprar compulsivo, ansiedade e depressão) e adequação social e examinar a adesão da psicoterapia ao seu modelo ideal (protótipo), descrevendo elementos que caracterizam o processo como um todo e os que diferenciam as fases de tratamento.

O comprar compulsivo é uma síndrome clínica ainda pouco estudada e, uma revisão sistemática da literatura realizada recentemente (Brandtner & Serralta, s/d) evidenciou a escassez de estudos sobre os efeitos das psicoterapias sobre a mesma. Desse modo, o presente estudo focaliza duas temáticas ainda pouco pesquisadas, o estudo empírico do processo de mudança em psicoterapia e a investigação da efetividade da TCC em casos de comprar compulsivo.

2 Método

2.1 Delineamento

O delineamento proposto neste estudo é uma modalidade de Pesquisa de Caso Único, que tem sido denominada na literatura, Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 1998; 2007) ou Estudo de Caso Pragmático (Eells, 2007). Tal modelo de investigação objetiva compreender os fatores que contribuem para a mudança através de avaliações repetidas do terapeuta e do paciente obtidas dentro de um meio natural (Yoshida, 2008). A estratégia envolve a obtenção de múltiplas observações, em nível individual (Eells, 2007) e, é importante notar que o termo “avaliação sistemática” refere-se à utilização de medidas psicológicas válidas e fidedignas que possam propiciar informações potencialmente replicáveis do funcionamento do paciente na sessão (Kazdin, 2007). Assim, neste modelo de investigação, a utilização de instrumentos de medida do processo terapêutico, aplicáveis às sessões gravadas em áudio, visa aumentar a validade interna e possibilitar a replicação e generalização dos achados (Serralta et al., 2011).

2.2 Paciente

A paciente foi uma mulher adulta, 34 anos de idade, selecionada por conveniência, no qual apresentava sintomas acima do ponto de corte para compras compulsivas, conforme pontuação na *Compulsive Buying Scale* (CBS - Faber & O’Guinn, 1992).

Casada há mais de 15 anos e com uma filha adolescente, Anna¹ engravidou aos 17 anos quando apenas namorava seu atual marido. Relata que desde pequena sua família tinha uma situação socioeconômica difícil, porém, este fato somente começou a lhe incomodar na adolescência, pois tinha vontade de comprar coisas novas, tais como roupas e calçados e não podia. Refere, entretanto, sempre ter sido uma pessoa comedida

¹ Nome fictício.

e que o comportamento de comprar de maneira compulsiva começou somente há alguns anos.

Com aproximadamente 27 anos a paciente começou a trabalhar em uma loja de roupas, fazendo amizade com pessoas que também trabalhavam no comércio. Nesta época, suas compras começaram a aumentar de maneira sutil, mas ela somente deu-se conta de que isto era um problema quando os familiares e amigos começaram a lhe questionar acerca de seu comportamento. Anna já havia consultado com um médico neurologista. Ao iniciar o tratamento tomava medicação antidepressiva (150mg de *Venlafaxina*/dia) receitada pelo mesmo, pois há cerca de dois anos passou por um Episódio Depressivo Maior, cuja mesma relata que queria muito dormir e sentia muitos medos (de perder seus familiares, por exemplo). O fato de trabalhar no comércio facilitou para que Anna abrisse crediários em muitas lojas da cidade, pois a mesma não possuía nenhum cartão de crédito ou finanças para que pudesse comprar à vista, então, os vendedores (considerados amigos/as por ela) ofereciam e até levavam à sua casa artefatos como roupas e calçados, facilitando a compra e o prazo de pagamento destas.

Ao iniciar a psicoterapia Anna (34 anos) começara há pouco tempo a trabalhar em um novo emprego, depois de passar alguns meses desempregada. Estava contente com o novo trabalho, contudo, guardava ressentimento por ter sido demitida do outro emprego, após anos trabalhando na mesma empresa. Na ocasião, acumulava dívidas decorrentes das compras compulsivas em diversas lojas, sendo que somente em uma, o valor do débito era equivalente a 20 vezes seu salário. Seus familiares sabiam das dívidas, mas não tinham noção de quanto era o valor ao certo; seu nome estava inscrito em órgãos de Proteção ao Crédito.

2.3 Terapeuta

A psicoterapeuta foi uma psicóloga especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental com mais de 20 anos de experiência em psicoterapia, que se disponibilizou a colaborar na pesquisa.

2.4 Terapia

O tratamento consistiu em 12 sessões, com frequência semanal de cinquenta minutos de Terapia Cognitivo-Comportamental, realizada em consultório psicológico privado, em horários combinados entre dupla terapêutica.

Este número de sessões (12) foi o mesmo utilizado em um estudo experimental de tratamento para compradores compulsivos com psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo que mostrou evidências de eficácia (Mitchell, Burgard, Faber, Crosby, & Zwaan, 2006). A psicoterapia não foi manualizada com o objetivo de deixar paciente e terapeuta trabalharem de maneira natural durante o processo.

O plano de tratamento desta paciente foi composto de três fases: na inicial, foi iniciado com a psicoeducação sobre o transtorno, posteriormente acerca dos pensamentos automáticos, crenças centrais e intermediárias, bem como estratégias compensatórias; além disso, foi realizada a conceituação cognitiva.

Na fase intermediária, a terapeuta ensinou à paciente estratégias de resolução de problemas, intervenções cognitivas e comportamentais, como diálogo socrático, cartões de enfrentamento, identificação de pensamentos permissivos e exposição gradual a estímulos precipitantes, com a finalidade de aprender a tolerar a ansiedade e controlar o impulso frente aos gatilhos.

No final do tratamento, a paciente foi informada sobre estratégias de prevenção de recaída e incentivada a identificar possíveis eventos que desencadeassem o quadro

clínico, a fim de manter os ganhos com o tratamento. Também, nesta fase foi realizada uma avaliação geral do tratamento e de seus resultados.

2.4 Instrumentos

2.4.1 *Screening para Compras Compulsivas* - CBS – *Compulsive Buying Scale*

Desenvolvido por Faber e O’Guinn (1992), este instrumento é utilizado para identificar compradores compulsivos. Consiste em sete afirmações referentes a comportamentos e sentimentos relacionados ao comprar compulsivo (como por exemplo: “sinto que os outros ficariam espantados ao saber sobre meus gastos habituais”; “sinto-me ansioso ou com raiva em dias que não posso ir às compras”), que são relatados em uma escala de 1 = muito frequente a 5 = nunca. A CBS é apresentada conforme uma escala de intervalo de avaliação da frequência ou o grau de concordância, em que são analisados três fatores: apego ao objeto; elevação emocional (no momento de compra) e remorso. Em sua versão original, o instrumento mostrou excelente validade e confiabilidade, com coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,95. Os autores recomendam a utilização de um ponto de corte de -1.34, correspondendo a dois desvios padrões abaixo da média da população geral (Faber & O’Guinn, 1992). A versão em português da CBS (Leite, et al.,2012), utilizada nesta pesquisa, apresentou um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,86.

2.4.2 Medidas de Resultado

Os resultados do tratamento foram avaliados através de medidas de autorrelato que avaliaram sintomas de compras compulsivas, depressão e ansiedade, bem como o

ajustamento ou adequação social. Além destas medidas, foi realizada uma entrevista com a terapeuta, para obter a triangulação de dados.

2.4.2.1 YBOCS – SV

Monohan, Black e Gabel (1996) modificaram a escala *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* – YBOCS (Goodman, Price, & Rasmussen, 1989) para criar a YBOCS-Shopping Version (YBOCS-SV) a fim de acessar cognições e comportamentos relacionados com o comprar compulsivo. Os autores concluíram que a escala possui fidedignidade e validade para mensurar gravidade e as mudanças de sintomas de compras compulsivas em ensaios clínicos. A escala consiste em dez itens, sendo que cinco deles são referentes a preocupações e cinco, sobre comportamentos. Para acessar pensamentos e comportamentos acerca de compras, as questões incluem o tempo gasto com compras, interferência devido a preocupações ou comportamentos, angústia associada com comprar, resistência a pensamentos e comportamentos e o grau de controle sobre os sintomas. Os itens vão desde 0 (nenhum) a 4 (extremo), e os escores podem variar de 0 a 40. Na amostra de Monohan et al. (1996), para Compradores Compulsivos, o escore médio foi de 21 (entre 18-25) em comparação com o escore médio de 4 (1-7) para compradores normais. Neste estudo, foi utilizada a versão em português do Brasil desta escala que apresentou um coeficiente *Alpha de Cronbach* de 0.933, indicando fidedignidade satisfatória (Leite, 2011).

2.4.2.2 Inventário Beck de Depressão (BDI II; Beck, Steer, & Brown 1996, adaptado para o Brasil por Gorestein, Wang, Argimon, & Werlang, 2011)

Escala composta por 21 itens, os quais incluem sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, onde o maior escore possível é de 63 pontos. Tais itens referem desde sentimentos de tristeza e auto-depreciação até ideias suicidas. Os pontos

de corte do BDI II, quando empregada a versão em português são: 0-13, Mínimo; 14-19, Leve; 20-28, Moderado; e de 29-63, Grave. O BDI II apresenta uma elevada consistência interna, com coeficiente *Alfa de Cronbach* em torno de 0.90 para amostra total, por gênero e para várias sub-amostras estudadas. A consistência interna deste instrumento demonstra e confirma desempenho adequado para a população brasileira, como um instrumento homogêneo e consistente (Gorestein et al., 2011).

2.4.2.3 Inventário Beck de Ansiedade (BAI; Beck & Steer, 1990, validado para o Brasil por Cunha, 2001)

Instrumento composto por 21 itens que avaliam sintomas de ansiedade. A avaliação é em escala de 0 a 3 pontos, sendo a sintomatologia mais forte quanto maior o escore obtido. A soma dos escores individuais varia de 0 a 63. Os pontos de corte da versão em português ficam em: de 0-10, Mínimo; 11-19, Leve; 20-30, Moderado; e 31-63, Grave. Estudos realizados com amostras clínicas e não clínicas brasileiras atestam a validade do inventário. A fidedignidade do BAI pode ser interpretada como excelente, estando acima de 0.90.

2.4.2.4 Escala de Adequação Social (EAS; Weissman, Prusoff, Thompson, Harding, & Meyers, 1978)

A EAS é um instrumento autoadministrável que possui 54 itens que medem o funcionamento do respondente nas duas últimas semanas em seis áreas: trabalho/escola, social/lazer, relação com a família ampliada, relação conjugal, função parental, e funcionamento na família nuclear. Cada item respondido é mensurado numa escala de 5 pontos em que os escores mais altos indicam maior disfunção. As pontuações são somadas e divididas pelo número de itens respondidos, gerando um escore global de

ajustamento ou adequação social. Será utilizada a versão em Português do Brasil (Gorenstein, Andrade, Moreno, Bernick, & Nicastri, 2000) da EAS, que havia apresentado adequada validade discriminante e outras propriedades psicométricas similares às da versão original do instrumento (isto é, consistência interna de 0.74 e precisão teste-reteste de 0.80).

2.4.3 Medida de Processo

O *Psychotherapy Process Q-set* (PQS; Jones, 2000) é formado por um conjunto de 100 itens que contemplam três categorias do processo de uma psicoterapia: 1) ações e atitudes do terapeuta (por exemplo, item 17, O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos); 2) atitudes, comportamentos e experiências do paciente (por exemplo, item 15, o paciente não inicia assuntos; é passivo); e 3) interação paciente-terapeuta (por exemplo, item 38, há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente fazer fora da sessão). Os itens são impressos em cartões individuais. Após estudar a sessão terapêutica, os avaliadores ordenam os cartões (itens) em nove pilhas dispostas num *continuum* que vai desde os itens menos característicos (categoria 1) até os mais característicos (categoria 9). O número de cartões em cada pilha é predeterminado a fim de se obter uma distribuição normal. Cinco cartões são colocados nas categorias 1 e 9. Dezoito cartões são colocados na categoria do meio (categoria 5). O número de cartões aumenta entre as categorias 1 e 5 e diminui entre as categorias 5 e 9. A escala é ipsativa, isto é, os itens são avaliados uns em relação aos outros e não comparados a algum parâmetro objetivo, como ocorre nas escalas normativas, o que força a sua distribuição.

Em estudos anteriores o PQS apresentou boa fidedignidade interavaliadores (Jones, 2000), validade de constructo (Jones, Cumming, & Horowitz, 1988) e validade

discriminante (Jones & Pulos, 1993). Foi utilizada a versão em Português do Brasil do PQS (Serralta et al., 2007), que apresentou equivalência semântica com o instrumento original em inglês e coeficientes de fidedignidade entre avaliadores previamente treinados comparáveis com os obtidos com o instrumento original. Esta versão já foi utilizada, com sucesso, para investigar através de procedimentos de análise de séries temporais os efeitos do processo de uma psicoterapia breve sobre o progresso de tratamento (Serralta, Pole, Nunes, Eizirik, & Olsen, 2010).

2.5 Procedimentos de coleta de dados

A paciente foi selecionada por conveniência, tendo sido encaminhada à pesquisadora por pessoa familiarizada com o protocolo do presente estudo. A pesquisadora realizou um contato inicial com a participante/paciente da pesquisa, convidando-a a preencher o instrumento de *screening* (CBS/-3,60) para possível inclusão na pesquisa. Após explicar os objetivos da pesquisa, descrever os procedimentos e obter o consentimento livre esclarecido para participação voluntária no estudo, a paciente foi encaminhada à terapeuta. Com a devida autorização da paciente e da terapeuta, todas as sessões de tratamento foram gravadas em áudio. As medidas de resultado foram aplicadas, na forma autoadministrada, em quatro momentos: antes da primeira sessão (pela pesquisadora), após a sexta, e após a décima segunda sessão e dezesseis semanas após o término do tratamento. Conforme combinação prévia, antes da 6ª e da 12ª sessão a paciente recebeu envelopes lacrados que continham as medidas de resultados que deveriam ser respondidos em casa e devolvidos à terapeuta na sessão seguinte. O instrumento de avaliação de processo (PQS) foi aplicado, por duplas de juízes independentes previamente treinados, às transcrições de todas as sessões de

tratamento. Os juízes foram compostos por uma dupla de pesquisadores, previamente treinados na avaliação do instrumento.

2.6 Follow-up

Após ter se passado dezesseis semanas do término do tratamento, os instrumentos de resultados (BDI-II, BAI, Y-BOCS-SV e EAS) foram novamente preenchidos pela paciente. Nesta ocasião, foi realizada uma entrevista para avaliar os ganhos com o tratamento e a percepção da paciente sobre o processo de mudança. Esta entrevista foi gravada em áudio e posteriormente transcrita.

2.7 Procedimentos de análise de dados

Para avaliar os efeitos do tratamento sobre os sintomas de comprar compulsivo, depressão, ansiedade e ajustamento social foi utilizado o índice de Mudança Confiável (RCI – *Reliable Change Index*; Jacobson & Truax, 1991), considerado um dos mais conhecidos parâmetros para avaliação de efeitos de psicoterapias. Este modelo utiliza critérios clínicos e não somente estatísticos para a aferição de resultados de tratamentos (Yoshida, 2008). De acordo com Jacobson e Truax (1991), uma mudança é clinicamente significativa quando: 1) O paciente passa de um nível clínico de funcionamento para um não-clínico; 2) A mudança ficou dois desvios-padrão abaixo da média da população clínica (quando não se tem os dados normativos para populações não-clínicas não estavam disponíveis). O RCI é obtido dividindo-se a diferença entre os escores pós-tratamento e os escores pré-tratamento pelo erro padrão da diferença entre as duas pontuações. Uma pontuação superior a 1.96 no RCI sugere mudanças de maior magnitude do que seria esperado ao acaso.

Para a descrição do processo terapêutico, dois juízes independentes previamente treinados aplicaram o PQS em todas as sessões de tratamento (n=12). As correlações entre os avaliadores variaram entre $r=0.60$ e $r= 0.723$, sendo, portanto superiores ao critério de 0.50 adotado neste e em outros estudos semelhantes (Ablon & Jones, 1998; 1999; Serralta et al., 2010).

A adesão da terapia ao protótipo TCC foi realizada através de procedimentos de correlação de Pearson. Cada sessão foi correlacionada com o protótipo TCC (Ablon & Jones, 1998) e também com os protótipos alternativos, psicodinâmico e interpessoal.

As descrições quantitativas do processo terapêutico foram obtidas através da média das avaliações dos dois juízes com maior nível de concordância, considerando os 10 itens mais e menos característicos de todo o processo. As narrativas derivadas dos cinco itens mais e menos característicos de cada dimensão do instrumento (isto é, do paciente, do terapeuta e da relação) nas etapas de tratamento inicial, intermediária e final foram qualitativamente comparadas entre si, com vistas a fornecer as variações do processo de mudança ao longo do tratamento. Para melhor compreender as eventuais diferenças entre as fases do processo terapêutico (inicial, intermediária e final), foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas, tendo os itens do PQS como variáveis dependentes. Essa análise foi complementada por análise visual exploratória para obtenção de diferenças estatística e clinicamente significativas. Para identificar entre quais fases encontravam-se as diferenças observadas, foi utilizado o teste de *Tukey*.

Todos os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa SPSS, versão 19.0.

2.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos sob o número de 11/174. Com versão do projeto de 05/01/2012. Ambos participantes (terapeuta e paciente) da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam informações sobre os procedimentos do estudo. A paciente foi informada que poderia desistir a qualquer momento da pesquisa sem quaisquer danos, sendo garantida a continuidade do atendimento em caso de uma eventual retirada do consentimento.

3 Resultados

3.1 Resultados da terapia

No início do tratamento, conforme instrumentos de resultado que foram aplicados, a paciente apresentava sintomas de depressão em nível moderado, de ansiedade em nível leve, dificuldade em controlar os impulsos referentes às compras, e prejuízos importantes do ajustamento social. Nota-se que no principal fator que a levou ao tratamento (compras compulsivas), os sintomas representaram uma mudança significativa desde o início do tratamento para a fase intermediária, o que sugere uma rápida modificação de padrões comportamentais. Nas demais medidas, houve mudança clinicamente significativa e confiável entre pré e pós-tratamento. Apenas com relação à ansiedade, esta mudança não se manteve no seguimento de dezesseis semanas (*follow-up*), conforme pode ser visualizado na Tabela 2. No entanto, é possível que o aumento da ansiedade pode ser explicado pela retirada da medicação (*Venlafaxina*), utilizada por anos, retirada esta orientada pelo médico psiquiatra em virtude dos ganhos terapêuticos obtidos com a terapia.

Tabela 2

Medidas de resultados nos períodos de pré-tratamento, intermediário, término e Followup.

Medidas	Pré-tratamento	Intermediário	Término	Followup
BDI-II	25	20	12*	12*
BAI	10	3*	1*	22
EAS	2.39	1.93*	1.74*	1.91*
YBOCS-SV	20	1*	0*	2*

Notas: A paciente realizou 12 sessões de tratamento. A primeira avaliação de seguimento (*follow-up*) ocorreu dezesseis semanas após o término do tratamento.

* Mudança clinicamente significativa e confiável (em relação ao período pré-tratamento), conforme critério de Jacobson e Truax (1991).

A entrevista de seguimento (*follow-up*) mostrou que, além da melhora nos sintomas de comprar compulsivo, a paciente sentiu uma melhora global. Nesta entrevista, a paciente discorreu sobre as mudanças em alguns pensamentos e crenças disfuncionais, obtidas com a terapia: “eu pensava assim: eu sou assim mesmo. Isso aí não é doença! é o meu normal!... Eu vou sempre ser assim! E ninguém vai me mudar”. Revelou que, atualmente, para não comprar mais o desnecessário, usa estratégias cognitivas de avaliar se realmente precisava do item. Referiu que, antes da terapia, havia acumulado tantos sapatos, roupas, bolsas e bijuterias que poderia ficar muito tempo sem comprar nada. Na entrevista relatou ter medo de voltar a comprar e de ser como era. Para garantir seu bom funcionamento, utilizava-se de cartões de enfrentamento (que haviam sido confeccionados durante o tratamento) como um adendo no momento de ir às compras. A paciente relatou ainda que, quando passa em alguma loja que antes seria gatilho para sua compulsão, consegue frear seus pensamentos da seguinte maneira: “para que eu vou comprar? Já tenho uma parecida”. Mantém, assim, os progressos conseguidos com ajuda do tratamento.

O progresso e os bons resultados do tratamento não foram atribuídos pela paciente a somente um fator. Segundo ela: “Não teve assim, ‘ah, foi por causa disso’ é um conjunto, sabe”. Porém, há um procedimento em específico que acredita ter auxiliado mais: as tarefas de casa.

... Eu acho que se não tivesse tido esse teste de eu procurar entrar nos lugares, sabe, porque daí eu saí de lá, com aquela ideia, eu vou ter que sair de lá agora, já tava no centro, vou ter que entrar no lugar, que daí eu já tava com aquele tratamento ali, né, fresquinho, né. E daí eu pensava assim, eu tenho que fazer agora, né, não posso deixar passar. Eu fazia no dia, às vezes durante a semana eu saía de novo, na segunda, terceira vez assim, eu fazia de novo pra ver, sabe. E foi o que ajudou bastante.

O relacionamento com a terapeuta também foi apontado como um fator positivo no processo: “... eu ficava ansiosa pra ir (referindo-se a sessão), pra saber o que a gente ia conversar, tudo, e daí no final ela já me dava o que tinha que fazer durante a semana, ah, era bem bom o relacionamento”.

3.2 Adesão da terapia ao modelo TCC

Foi verificada correlação entre as sessões de terapia e os protótipos cognitivo-comportamental, psicodinâmico e interpessoal. Em todas as sessões foram encontradas correlações de moderada a grande magnitude com o protótipo TCC. As correlações variaram entre $r=5.23$ e $r=7.10$. A adesão do processo como um todo com o protótipo TCC foi de $r=7.54$. A tabela 2 apresenta as correlações entre o processo total (as 12 sessões de terapia) com o protótipo cognitivo-comportamental e com os protótipos alternativos, psicodinâmico e interpessoal.

Tabela 3

Correlações da Terapia com Protótipos

		Protótipo Psicodinâmico	Protótipo TCC	Protótipo Interpessoal
Total de sessões	Correlação (Pearson)	-0,158	0,754**	0,302*
	Sig. (bi-caudal)	0,116	0,000	0,002
	N	100	100	100

** Correlação significativa ao nível de 1%.

* Correlação significativa ao nível de 5%

Conforme pode ser verificado na Tabela 3, a terapia transcorreu em acordo com o modelo cognitivo-comportamental, embora também apresente elementos típicos do modelo interpessoal.

3.4 Descrição do Processo Terapêutico

A Tabela 4 mostra os dez itens do PQS, mais e menos característicos do processo terapêutico.

Tabela 4

Itens Menos e Mais Característicos do Processo Terapêutico, conforme PQS

Item	Conteúdo	Média	Mínima	Máxima
Menos Característicos				
15	P não inicia assuntos; é passivo.	1.88	1	4
14	P não se sente entendido pelo terapeuta.	2.08	2	3
44	P se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro).	2.08	1	4
42	P rejeita (versus aceita) os comentários do terapeuta.	2.25	1	5
25	P tem dificuldade em começar a sessão.	2.38	2	4
87	P é controlador.	2.42	1	5
67	T interpreta desejos, sentimentos ou idéias inconscientes.	2.46	1	5
5	P tem dificuldade para compreender o terapeuta.	2.54	1	4

9	T é distante, indiferente (versus responsivo e envolvido).	2.58	2	5
93	T é neutro.	2.67	1	5
Mais Característicos				
17	T exerce controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando novos assuntos).	7.04	5	9
45	T adota uma atitude de apoio.	7.04	6	9
31	T solicita mais informação ou elaboração.	7.08	6	9
88	P traz temas e material significativos.	7.17	6	9
52	P conta com o terapeuta para resolver seus problemas.	7.25	5	9
95	P sente-se ajudado.	7.25	6	9
30	A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, ideias ou sistemas de crenças.	7.63	6	9
27	T dá orientações e conselhos explícitos.	7.67	5	9
69	A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.	7.96	7	9
38	Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.	8.21	6	9

Conforme a avaliação da dupla de juízes e avaliando o processo geral das doze sessões, ao longo do tratamento, a paciente não tinha dificuldades em compreender comentários feitos pela terapeuta (item 5), sentindo-se compreendida (item 14) e aceitando comentários ou observações feitos pela terapeuta (item 42) mostrando-se segura e confiante durante o processo (item 44), tendo facilidade em dar início à hora terapêutica (item 25), mantendo uma postura ativa durante o processo (item 15) e mostrando-se bastante colaborativa para com a terapeuta (item 87).

Por sua vez, a terapeuta não se deteve a interpretar ideias, sentimentos ou desejos inconscientes (item 67), mostrando-se afetivamente envolvida e responsiva ao tratamento (item 9) e sem neutralidade (item 93). A terapeuta exerceu ativamente o controle sobre a interação com o paciente (estruturando e/ou introduzindo novos assuntos) (item 17), adotando uma atitude de apoio para com a paciente (item 45),

solicitando informações da paciente (item 31) e dando orientações e conselhos explícitos (item 27).

Também, foi característica deste processo, no que coube a paciente, trazer temas significativos para serem tratados (item 88), contar com a terapeuta para resolução de seus problemas (item 52) e sentir-se ajudada (item 95). A terapia se concentrou na discussão de temas cognitivos, tais como pensamentos e sistema de crenças (item 30), tendo como foco de exame a situação atual ou recente da vida da paciente (item 69), havendo, sistematicamente nas sessões discussões sobre atividades e tarefas específicas para a paciente tentar realizar fora da sessão (item 38).

Dando continuidade às análises, foram realizadas as médias de cada item em sua respectiva etapa de tratamento (inicial, intermediária e final), destacando os cinco mais e menos característicos de cada etapa da psicoterapia, considerada em blocos de quatro sessões. Na fase inicial do tratamento, os cinco itens mais característicos que representaram as sessões foram, em ordem decrescente: a situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão (Q 69); há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão (Q 38); o paciente traz temas e material significativos (Q 88); o diálogo tem um foco específico (Q 23) e o paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos) (Q 26). Os itens menos característicos foram: o paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro) (Q 44); o paciente não se sente entendido pelo terapeuta (Q 14); o paciente não inicia assuntos, é passivo (Q 15); o terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias, rejeitadas ou inconscientes (Q 67) e o terapeuta é distante, indiferente (versus responsivo e afetivamente envolvido) (Q 9).

A etapa intermediária apontou como itens mais característicos: há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão (Q 38);

o paciente sente-se ajudado (Q 95); a paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas (Q 52); o amor ou relacionamentos amorosos são tópicos de discussão (Q 64) e a situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão (Q 69). Os menos característicos: o paciente é controlador (Q 87); o paciente não inicia assuntos, é passivo (Q 15); ocorrem silêncios durante a sessão (Q 12); o terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou ideias, rejeitadas ou inconscientes (Q 67) e o paciente não se sente entendido pelo terapeuta (Q 14).

Na fase final, os itens mais característicos do processo foram: 27 o terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (versus adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo) (Q 27); a discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre ideias ou sistemas de crenças (Q 30); o amor ou relacionamentos amorosos são um tópico em discussão (Q 64); a situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão (Q 69) e há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão (Q 38). Os menos característicos foram: 15 o paciente não inicia assuntos, é passivo (Q 15); o paciente rejeita (versus aceita) os comentários e observações do terapeuta (Q 42); 14 o paciente não se sente entendido pelo terapeuta (Q 14); o paciente se sente cauteloso ou desconfiado (versus confiante e seguro (Q 44)) e o paciente tem dificuldades em começar a sessão (Q 25).

Com o objetivo de verificar eventuais diferenças nas características do processo terapêutico, foi realizada uma ANOVA na qual as fases da terapia (inicial, intermediária e final) foram as variáveis independentes e os 100 itens do PQS, as variáveis dependentes. A Tabela 5 apresenta os resultados estatisticamente significativos encontrados.

Tabela 5

Diferenças de Médias (ANOVA) entre Fases da Terapia quanto as Características do Processo Terapêutico

Itens do PQS	Gl	F	Sig.
PQS12 - Ocorrem silêncios durante a sessão	2	16,265	0,001
PQS24 - Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.	2	6,909	0,015
PQS32 - O paciente adquire uma nova compreensão ou insight.	2	5,115	0,033
PQS51- O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.	2	4,347	0,048
PQS56 - O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos	2	5,820	0,024
PQS59 - O paciente se sente inadequado ou inferior (versus eficiente e superior).	2	9,402	0,006
PQS63 - Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.	2	7,803	0,011
PQS64 - O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão	2	7,173	0,014
PQS83 - O paciente é exigente.	2	12,900	0,002
PQS84- O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos	2	4,642	0,041
PQS87 - O paciente é controlador.	2	10,500	0,004
PQS96 - Há discussão sobre horários ou honorários.	2	4,433	0,046

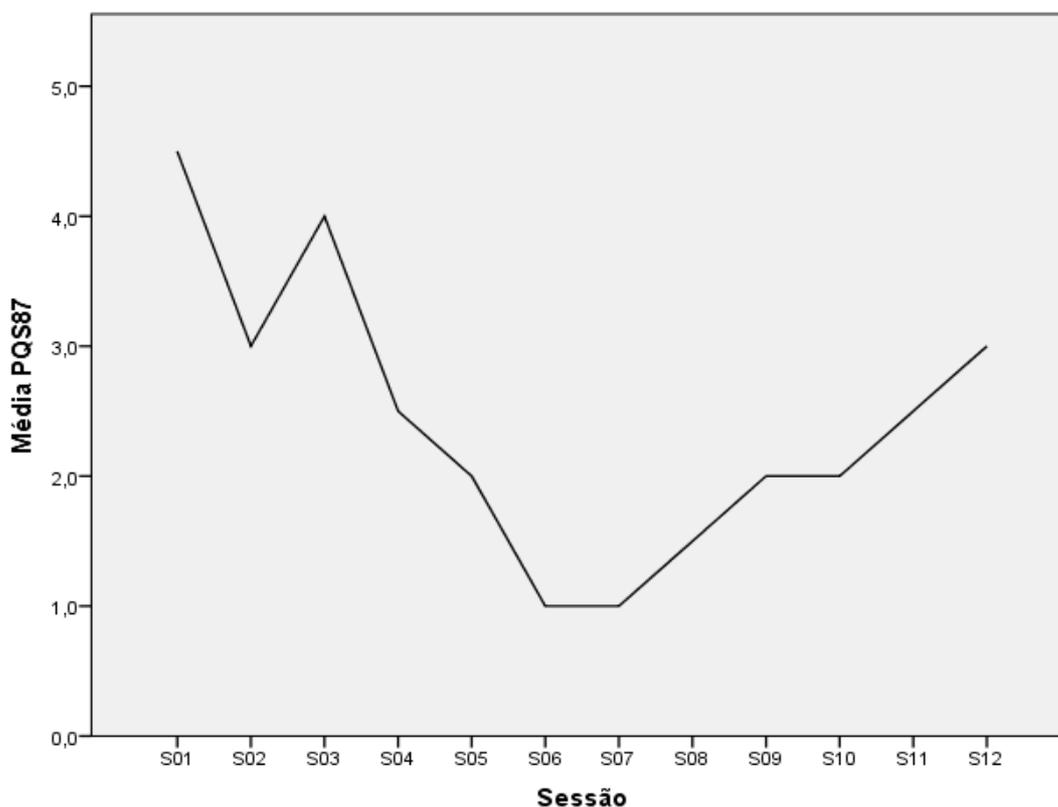
Conforme pode ser visualizado na Tabela 5, doze variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as fases do processo terapêutico. Essas variáveis foram então submetidas a uma análise visual exploratória, realizada através da função gráfico de dispersão para verificar se as variações encontradas poderiam ter significância clínica. Esse procedimento foi necessário, uma vez que na escala Q do PQS as categorias intermediárias (4, 5 e 6) são categorias neutras ou irrelevantes para a descrição do processo. Sendo assim, na análise visual buscou-se identificar entre esses itens aqueles cuja variação atingia significância clínica (categorias 1, 2 e 3, negativamente saliente; categorias 7, 8, 9, positivamente saliente). Desse modo, os itens

que apresentaram diferenças clinicamente relevantes e, ao mesmo tempo, estatisticamente significativas, foram: PQS12 (Ocorrem silêncios durante a sessão); PQS51 (O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente); PQS56 (O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos); PQS63 (Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante); PQS64 (O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão); PQS87 (O paciente é controlador).

Para ilustrar essa análise, apresentamos o gráfico referente ao item 87 (O paciente é controlador). Esse é um item considerado bipolar. Pontuações altas indicam controle e resistência e pontuações baixas indicam colaboração no processo.

Gráfico 1

Varição dos escores do item 87 do PQS na terapia



O Gráfico 1 ilustra a variação dos escores relativos ao item 87 do PQS nas doze sessões de terapia. Através da análise visual, pode-se perceber que nas sessões iniciais, a pontuação situa-se em níveis intermediários ou neutros, indicando que os níveis de colaboração não eram salientes em nenhum sentido (positivo ou negativo). Nas sessões intermediárias, o nível de colaboração aumentou consideravelmente.

Para identificar entre quais fases da terapia encontravam-se as diferenças clínicas e estatísticas encontradas, foi realizado o teste *posthoc* de Tukey. Os resultados indicaram que a fase intermediária apresentou menos silêncios do que as fases inicial e final (PQS12; $p=0,002$); O terapeuta mostrou-se mais protetor para com a paciente na fase final da terapia do que nas fases inicial e intermediária (PQS51; $p=0,40$); na fase inicial do tratamento, a paciente expressava reações afetivas abruptas mais do que nas fases intermediária e final, nas quais o afeto passou a ser bem modulado (PQS56; $p=0,023$); o tema dos relacionamentos interpessoais da paciente foi mais discutido na fase intermediária do que na fase inicial (PQS63; $p=0,009$); o relacionamento amoroso da paciente, que não era discutido na fase inicial da terapia, passou a ser um foco da discussão nas sessões intermediárias (PQS64=0,026); e finais (PQS64; $p=0,021$); a paciente mostrou-se mais colaboradora com a terapeuta na fase intermediária, em comparação com a fase inicial (PQS87; $p=0,003$).

4 Discussão

Neste estudo descreveu-se e avaliou-se o processo da terapia indagando de que maneira a paciente mudou? Quais os ingredientes ativos do tratamento que podem ter proporcionado a mudança? Há variações neste processo considerando as fases inicial, intermediária e final de terapia?

A terapia estudada, embora não manualizada foi de natureza cognitivo-comportamental, apresentando características muito semelhantes a um processo terapêutico ideal de uma TCC (conforme protótipos de Ablon & Jones, 1998).

Antes do tratamento, a paciente referia um impulso muito grande quando entrava ou passava perto de lojas onde podia efetuar suas compras (pensamentos permissivos), impulso este que desencadeava na maioria das vezes o ato de comprar. Além dos sintomas de compras compulsivas, a terapia contribuiu para a diminuição significativa dos escores do BDI-II, o que permitiu à paciente cessar o uso de medicamentos antidepressivos, com devida orientação médica. Com o tratamento, a paciente também obteve uma melhora clinicamente significativa na adequação social. Perceber as compras como um problema foi uma questão chave do início do tratamento. O relacionamento com a terapeuta foi apontado como um fator positivo no processo: “... eu ficava ansiosa pra ir (referindo-se a sessão), pra saber o que agente ia conversar, tudo, e daí no final ela já me dava o que tinha que fazer durante a semana, ah, era bem bom o relacionamento”.

A maioria das TCCs não dá ênfase a discussão acerca da relação terapêutica como um fator relacionado a mudanças (Young, Klosko, & Weishaar, 2008), porém, o bom relacionamento com a terapeuta foi citado pela paciente e relacionado às mudanças positivas que ocorreram durante o tratamento, o que corrobora com o estudo de Gaston (1990) e Castonguay et al. (1996), os quais afirmam que aliança terapêutica é um fator preditor para bons resultados em psicoterapia, independente da linha teórica seguida. Embora a aliança terapêutica não seja o suficiente para explicar sozinha de que forma os pacientes melhoram (Frieswyck, Allen, Colson, Coyne, Gabbard, Horowitz, & Newson, 1986) a percepção do paciente sobre a empatia de seu terapeuta é fator preditor para mudanças em psicoterapia (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Diversos estudos

afirmam que os terapeutas cognitivo-comportamentais são altamente comprometidos em desenvolver e manter uma boa relação terapêutica, sendo vistos como afetivos, carinhosos e competentes por seus pacientes (Keijsers, Schaap, & Hoodguin, 2000). Esse parece ser o caso da terapeuta de Anna. Sua terapeuta foi ao longo da terapia, muito apoiadora e responsiva, além de lhe proporcionar conselho e direção, fazendo com que Anna se sentisse compreendida e motivada para mudar.

A terapeuta de Anna adotou uma atitude de apoio durante todo o processo (item 45 do PQS). Segundo Liese e Franz (2005), o processo de descoberta guiada deve ser apoiador, diretivo e empático, encorajando, assim os pacientes a aprofundar e explorar suas crenças e distorções cognitivas, gerando, assim, novas estratégias de comportamento. Essas novas estratégias foram amplamente estimuladas através das tarefas de casa (item 23 do PQS), um dos fatores mais característicos da terapia de Anna.

A tarefa de casa é uma das maneiras de se exercitar a colaboração e a atividade do paciente, sendo reconhecida como um fator chave na melhora dos pacientes, pois tem o objetivo de proporcionar a prática de habilidades adquiridas e treinadas no *setting* terapêutico, coletando maiores informações e testando crenças disfuncionais (Liese & Franz, 2005). É importante lembrar que na entrevista de seguimento, a paciente menciona essa tarefa como um dos fatores que mais a auxiliou na superação dos seus sintomas de comprar compulsivo, passando a ter mais autoconfiança e diminuir a ansiedade frente aos gatilhos. Antes destas experiências, a mesma acreditava que não conseguiria entrar em uma loja e sair sem comprar nada.

Os benefícios das tarefas de casa são também apontados por Persons, Burns e Perloff (1988), que demonstraram em seu estudo que pacientes severamente deprimidos que realizavam tarefa de casa apresentavam melhoras superiores aos pacientes que não a

realizavam. Também Burns e Nolen-Hoeksema (1991) apontam para uma relação entre cumprimento das tarefas de casa com resultados positivos em terapia cognitiva.

Informações e técnicas utilizadas na clínica vem sendo descritas como fatores de auxílio para o paciente entender a necessidade de generalizar as situações focadas na terapia para o seu cotidiano, pois os padrões emocionais e comportamentais do sujeito não podem ser resolvidos apenas na hora terapêutica. Assim, o terapeuta encoraja o paciente a realizar suas tarefas fora da sessão, o que está relacionado aos resultados positivos da TCC (Kazantzis, Deane & Ronan, 2000)

Pode-se também pensar que a ativação comportamental produz mudanças cognitivas e que a revisão da tarefa de casa está fortemente ligada ao cumprimento desta tarefa (Bryant, Simons, & Thase, 1999). Addis e Jacobson (2000), em um estudo com pacientes deprimidos, encontraram que o cumprimento das tarefas de casa ao longo do tratamento estão associados com significativa melhora desta sintomatologia.

Outro fator que pode ter contribuído para a melhora de Anna é a sua colaboração com a terapeuta (item 88 do PQS), trazendo para as sessões temas e materiais significativos. Conforme Padesky (2005), a colaboração requer que o paciente seja ativo fora da sessão, como observador, narrador e protagonista de novas experiências, sendo que terapeuta e paciente trabalham em conjunto, definindo objetivos, formulando o caso e estabelecendo metas. Para Liese e Franz (2005), na TCC, é ideal que o terapeuta explore situações específicas desenvolvidas durante a conceituação de caso. Ao enfatizar a vida atual ou recente da paciente (item 69 do PQS), a terapia de Anna ajudou-a a examinar ativamente as situações que despertavam a compulsão (gatilhos) para a compra.

Ainda, durante o tratamento, Anna apresentou algumas dificuldades na vida conjugal, as quais também fizeram parte da hora terapêutica, especialmente na fase

intermediária do tratamento. A exploração de temas interpessoais pode explicar a correlação encontrada entre o processo desta terapia com o protótipo Interpessoal. A exploração dessa temática não implicou em perda do foco do tratamento (item 23 do PQS). No entanto, a abordagem mais focada do problema das compras compulsivas na fase inicial do tratamento, deu lugar nas fases intermediária e final à emergência de problemáticas associadas, de alguma maneira, à ela. A flexibilidade da terapeuta em incorporar e acolher as preocupações da paciente com o seu casamento e com sua filha (itens 63 e 63 do PQS) possivelmente também seja um fator que tenha contribuído para o sucesso do tratamento, uma vez que a adesão estrita do terapeuta ao plano de tratamento é relacionada com resultados negativos na TCC (Castanguay et al., 1996). Nesse sentido, é interessante notar que foi nesta etapa que os níveis de colaboração da paciente aumentaram consideravelmente (item 87 do PQS).

A terapia de Anna não produziu somente mudanças no seu comportamento, mas também no humor, modificando significativamente os escores obtidos pelo BDI-II, mudança observada já na etapa intermediária do tratamento. Fennel e Teasdale (1987) realizaram um estudo avaliando processos de mudança de pacientes com depressão e perceberam maiores resultados nas primeiras duas semanas de tratamento. De acordo com Blackburn e Bishop (1983), pacientes deprimidos que não apresentam resultados às primeiras sessões de TCC precisam ter um acompanhamento diferenciado em seu tratamento, por exemplo, inserindo antidepressivo aos mesmos. No caso de Anna, a melhora no humor pode ter colaborado para a ativação da mudança comportamental. Conforme referido pela paciente na entrevista de *follow-up*, com o progresso do tratamento, ela foi sentindo-se mais segura para exercitar comportamentos de compras necessárias para sua vida cotidiana sem, contudo, sentir-se compelida a comprar indiscriminadamente para sentir-se recompensada e com valor.

Para não comprar mais o desnecessário, a paciente, após o tratamento, passou a usar estratégias cognitivas, exercitadas durante o tratamento, de avaliar se realmente precisa do item: “pra que eu vou comprar? Já tenho uma parecida”. Essa capacidade de frear os seus impulsos contrasta com os pensamentos e crenças disfuncionais apresentados antes da terapia: “Eu pensava assim: eu sou assim mesmo! Isso aí não é doença!... é o meu normal! Eu vou sempre ser assim! E ninguém vai me mudar”.

A avaliação do processo através do PQS e as verbalizações da paciente na entrevista de *follow-up* mostram que os bons resultados do tratamento não podem ser atribuídos a somente um fator, como a mesma relata: “Não teve assim, ‘ah, foi por causa disso’ é um conjunto, sabe”. Três fatores mostram-se essenciais para a TCC: 1) O relacionamento colaborativo entre a dupla, a qual age de maneira ativa e interage entre si, dando e recebendo *feedback* em cada sessão; 2) A descoberta guiada, que consiste em o terapeuta dirigir o paciente à uma descoberta, tanto através de questionamentos, quanto de maneira experiencial, auxiliando-o a formular experimentos que serão testados dentro e fora da sessão; 3) A definição da agenda, que implica em o terapeutas estabelecer, de maneira colaborativa com a definição dos assuntos ou tópicos para serem trabalhados na sessão, o que auxiliará na resolução de problemas e encoraja o paciente a assumir um papel ativo durante o processo terapêutico (Padesky, 2005; Liese & Franz, 2005). Todos esses fatores interagiram sinergicamente no tratamento de Anna e mostraram-se relevantes para o progresso observado. Não obstante, o caso de Anna sugere que a técnica comportamental (neste caso, as tarefas de casa e exposições) parece assumir preponderância sobre as demais. A natureza exploratória deste estudo, entretanto, não permite afirmar que esse fator (um dos mais característicos do processo) tenha sido preditor das mudanças observadas e relatadas. Além disso, sabe-se que a frequência da ocorrência de um evento não implica necessariamente em maior impacto

ou relevância. Sendo assim, outros estudos são necessários para determinar quais elementos do processo explicam os resultados, através de abordagens metodológicas mais sofisticadas, como por exemplo, análise de séries temporais e de regressão.

5 Considerações Finais

De uma maneira geral, este estudo mostrou que a TCC foi efetiva para o tratamento de compras compulsivas, indicando ainda que 12 sessões de TCC foram suficientes para obtenção de melhoras significativas. Entretanto, a generalização desses achados depende de novos estudos de processo e de resultado da TCC para casos de comprar compulsivo.

A descrição empírica do processo, realizada através dos itens do PQS mostra um processo bastante coerente, com poucas, mas significativas variações entre as fases de tratamento. Ao longo da terapia, a terapeuta de Anna manteve a mesma postura e atitudes, dando apoio e conselhos explícitos à paciente, e sugerindo novas maneiras de comportar-se com os outros. Embora a psicoterapia tenha aderido ao modelo ideal TCC, a terapeuta manteve-se flexível a trabalhar os assuntos que traziam maior desconforto à paciente, sem perder o foco e o controle das sessões.

Durante todo o processo, paciente e terapeuta trabalharam de maneira colaborativa, o que demonstrou o desenvolvimento de uma aliança terapêutica segura, apoiada na empatia e sensibilidade da terapeuta e no alto grau de motivação da própria paciente. Esse é um fator não específico da TCC que já é consagrado na literatura como relevante para a obtenção de resultados satisfatórios em qualquer psicoterapia.

Esse estudo apresenta a contribuição de examinar se a TCC funciona para compras compulsivas e de sugerir hipóteses sobre como ela funciona. Embora não se possa generalizar os resultados obtidos, a investigação sugere que, em casos de compras

compulsivas, a TCC é efetiva, não somente promovendo a alteração desse comportamento mas também melhorando sintomas de depressão e o ajustamento social desses pacientes. Além disso, os resultados indicam que fatores do relacionamento (aliança), da pessoa do terapeuta (empatia e responsividade), do paciente (colaboração) e fatores técnicos (apoio, tarefas de casa) são fundamentais para o progresso do tratamento.

As limitações metodológicas do presente estudo aliada à ausência de pesquisas sobre o processo de mudança na TCC com casos de compras compulsivas não permite afirmar em que medida um desses fatores é mais importante que os demais ou mesmo se esses fatores mais importantes do que outros para promover a mudança. Desse modo, mais pesquisas nesta área necessitam ser desenvolvidas, para que assim, com maior assertividade, se possa idealizar ou até desenvolver o tratamento ideal para esta psicopatologia.

Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychology Research, 8*(1), 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 64-75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIHM Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry, 159*, 775-783.

- Ablon, J. S., Levy, R., & Smith-Hansen, L. (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy, 14*(1), 14-48.
- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A Closer Look at the Treatment Rationale and Homework Compliance in Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3):313-326.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The Empirical Case for the Commonfactors in Therapy: Quantitative Findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 23-53). Retirado de <http://mftcourses.net/documents/asay%20lambert%201999.pdf>.
- Aveline, M., Strauss, B., & Stiles, W. B. (2007). Pesquisa em Psicoterapia. In Gabbard, G. O., Beck, J. S., & Holmes, J. *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive Therapy: current status and future directions. *Annu. Rev. Med.* doi:10.1146/annurev-med-052209-100032
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory--II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blackburn, I. M., & Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry, 143*, 609-617.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Walley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy of Cognitive Therapy in Depression: a treatment trial using cognitive therapy and

- pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181- 189.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706.
- Brandtner, M., & Serralta, F. B. (s/d). Compras Compulsivas: uma revisão sistemática às opções psicoterapêuticas.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. (1999). Therapist Skill and Patient Variables in Homework Compliance: Controlling an Uncontrolled Variable in Cognitive Therapy Outcome Reserch. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework assignments and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, N., & Lofland, K. (2003). Do Changes in Cognitive Factors Influence Outcome Following Multidisciplinary Treatment for Chronic Pain? A Cross-Lagged Panel Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 81-91.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: the what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236-248.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P., & Hayes, A. (1996). Predicting the Effect of Terapy for Depression: a study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.

- Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Edwards, D. J. A. (1998). Types of case study work: A conceptual framework for case-based research. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(3), 36-70.
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 6-34.
- Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597.
- Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 35-54.
- Faber, R. J., & O'Guinn, T. C. (1992). A clinical Screener for Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459-469.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive Therapy for Depression: Individual Differences and the Process of Change. *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 253-271.
- Frieswyck, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horowitz, L., & Newson, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 32-38.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Goldfried, M. R., Raue P. J., & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and

- psychodynamic–interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 803–810.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II: Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Moreno, R. A., Bernick, M., & Nicastrí, S. (2000). Escala de auto-avaliação de adequação social. Validação da Versão em Língua Portuguesa. In C. Gorenstein, L. Andrade, & A. W. Zuardi (Eds.), *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 401-414). São Paulo: Lemos.
- Gorestein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B .G. (2011). *Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greenberg, L.S., & Newman, F.L. (1996). An approach to Psychotherapy Change Process Research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 435-438.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic therapy*. New Jersey: Aronson.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(1), 48-55.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 306-316.

- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(1), 59-66.
- Kazdin, A. E. (2007). Systematic evaluation to improve the Quality 37 of patient care: From hope to hopeful. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(4), 37-49.
- Kazdin (2007b). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research *Annu. Rev. Clin. Psychol, 3*, 1-27.
- Kazdin, A. E. (2008, April). Evidence-based treatment and practice. *American Psychologist, 63*(3), 146-159.
- Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice, 7*, 189-202.
- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification, 24*, 264-297.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr, 30*(Supl II), 54-64.
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens Psicoterápicas no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32*(1), 98-104.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 401-419.
- Leite, P. L. (2011). *Adaptação transcultural e validação das escalas "The Richmond Compulsive Buying Scale" e "Compulsive Buying Scale"* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Leite, P. L., Rangé, B. P., Ribas Junior, R. C., Fernandez, J. L., & Silva, A. A. O. (2012). Validação e aferição de fidedignidade da versão brasileira da Compulsive Buying Scale. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(3), 100-105.
- Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. H. (2011). Effectiveness, relapse prevention and mechanisms of change of cognitive therapy vs. interpersonal therapy for depression: study protocol for a randomized controlled trial. Retirado de <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/150>.
- Liese, B. S., & Franz, R. A. (2005). Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: lições aprendidas e aplicações para o futuro. In Salkovskis, P. M. *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. (p. 405-435). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 81-87.
- Mitchell, J. A., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R. D., & Zwann, M. (2006). Cognitive Behavioral Therapy for Compulsive Buying Disorder. *Behaviour research and therapy*, 44, 1859-1865.
- Monohan, P., Black, D. W., & Gabel, J. (1996). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Research*, 64, 59-67.
- Mululo, S. C. C., Bezerra de Menezes, G., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 177-186.

- Padesky, C. A. (2005). Desenvolvendo competências do terapeuta cognitivo: modelos de ensino e supervisão. In Salkovskis, P. M. *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. (p. 236-255). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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, 557-575.
- Power, M.J., & Freeman, C.A. (2012). Randomized controlled trial of IPT versus CBT in primary care: with some cautionary notes about handling missing values in clinical trials. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(2), 159-69.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1997). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-38.
- Serralta, F. B., & Streb, L. G. (2003). Notas sobre pesquisa em psicoterapia psicanalítica: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 53-66.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, M. L. T., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in Brief Psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research*, 20, 564-575.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28, p. 501-510, 2011.

- Sudak, D. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Weissman, M., Prusoff, B., Thompson, W., Harding, P., & Meyers, J. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317-326.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Wright, J. M., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia*, 18(40), 305-316.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 003/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 11/174 **Versão do Projeto:** 05/01/2012 **Versão do TCLE:** 05/01/2012

Coordenadora:
Mestranda Maríndia Brandtner (PPG em Psicologia)

Título: Avaliação de processo-resultados de terapia cognitivo-comportamental em um caso de onimania.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 05 de janeiro de 2012.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente

Sou Marindia Brandtner e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Avaliação de processo-resultado de terapia cognitivo-comportamental em um caso de Oniomania**”, sob orientação da Professora Dra. Fernanda Barcellos Serralta. A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e tem como objetivo avaliar como ocorre o processo de mudança nesta modalidade de tratamento. Você foi selecionado a participar da mesma por apresentar indicação para este tipo de psicoterapia.

A sua participação no estudo envolve a autorização para que todas as sessões da psicoterapia sejam gravadas em áudio. Também você deverá responder quatro questionários que buscam verificar o seu estado emocional.

O tratamento será conduzido por psicóloga experiente e não oferece nenhum risco adicional aos possíveis desconfortos que podem acompanhar qualquer psicoterapia, como por exemplo, certa ansiedade ao examinar sentimentos e pensamentos dolorosos.

Você não deverá ter qualquer tipo de despesa financeira com o tratamento e com a participação na pesquisa. Por esse motivo, você também não receberá nenhum tipo pagamento ou ressarcimento decorrente da sua participação. Ao concordar em participar voluntariamente no estudo você estará dando autorização para que todas as gravações sejam utilizadas nesta e em outras pesquisas, no futuro. Na transcrição das gravações serão utilizados nomes fictícios e alterados dados que possam facilmente identificá-la (tais como nomes próprios, por exemplo). A publicação dos dados será realizada em revistas e eventos científicos, com a devida alteração de dados de identificação.

Você pode interromper a sua participação a qualquer momento. Caso você abandone o estudo, poderá continuar realizando o tratamento sem qualquer prejuízo ou interferência no mesmo.

Se desejar, você pode fazer contato comigo pelos telefones (54)3045-5832 ou (54)9973-2306, ou ainda pelo e-mail marindiab@yahoo.com.br; para obter esclarecimentos sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados com esse estudo.

Para confirmar sua participação no estudo, você deve preencher as informações solicitadas abaixo e assinar o termo de consentimento em duas vias, uma das quais ficará com você.

Marindia Brandtner

Nome do participante

Assinatura do participante

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terapeuta

Sou Marindia Brandtner e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Avaliação de processo-resultado de terapia cognitivo-comportamental em um caso de Oniomania**”, sob orientação da Professora Dra. Fernanda Barcellos Serralta. A pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e tem como objetivo avaliar como ocorre o processo de mudança nesta modalidade de tratamento. Você foi selecionado a participar da mesma por possuir experiência e formação em psicoterapia cognitivo-comportamental.

A sua participação no estudo envolve a condução de uma terapia, com duração pré-definida em 12 sessões, dirigida a um(a) paciente que sofre de Oniomania (comprar compulsivo), e a autorização para que todas as sessões desta psicoterapia sejam gravadas em áudio.

Não há quaisquer riscos conhecidos decorrentes da sua participação no estudo. O tratamento deve seguir os preceitos gerais da TCC e ser conduzido tal como costuma conduzir os demais casos que você atende na sua clínica privada. Com relação ao uso do gravador, há vários anos este procedimento é realizado em pesquisas sobre psicoterapias. A experiência até agora não mostrou qualquer efeito negativo do seu uso neste contexto.

A sua colaboração é voluntária. Você não deverá ter qualquer tipo de despesa com a participação na pesquisa. Você também não receberá nenhum tipo pagamento ou ressarcimento financeiro decorrente da sua participação. Ao concordar em participar voluntariamente no estudo você estará dando autorização para que todas as gravações sejam utilizadas nesta e em outras pesquisas, no futuro. Na transcrição das gravações serão utilizados nomes fictícios e alterados dados que possam facilmente identificá-la (tais como nomes próprios, por exemplo). A publicação dos dados será realizada em revistas e eventos científicos, com a devida alteração de dados de identificação. Você deverá realizar o atendimento conforme os princípios éticos da profissão e, se desejar poderá fazer contato comigo pelos telefones (54)3045-5832 ou (54)9973-2306, ou pelo e-mail marindiab@yahoo.com.br; a fim de obter esclarecimentos sobre procedimentos ou outros assuntos relacionados com esse estudo.

Para confirmar sua participação no estudo, você deve preencher as informações solicitadas abaixo e assinar o termo de consentimento em duas vias, uma das quais ficará com você.

Marindia Brandtner

Nome da participante

Assinatura da participante

ANEXOS

ANEXO B - Itens do Psychotherapy Process Q-Set

- Item 1: O paciente verbaliza sentimentos negativos (por exemplo, crítica, hostilidade) dirigidos ao terapeuta (*versus* faz comentários de aprovação ou admiração).
- Item 2: O terapeuta chama a atenção para o comportamento não-verbal do paciente, como, por exemplo, postura corporal, gestos.
- Item 3: As observações do terapeuta visam facilitar a fala do paciente.
- Item 4: Os objetivos do paciente no tratamento são discutidos.
- Item 5: O paciente tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.
- Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos do paciente, afinado com o paciente; empático.
- Item 7: O paciente está ansioso ou tenso (*versus* calmo e descontraído).
- Item 8: O paciente está preocupado ou conflituado com sua dependência do terapeuta (*versus* confortável com a dependência ou querendo a dependência).
- Item 9: O terapeuta é distante, indiferente (*versus* responsivo e efetivamente envolvido).
- Item 10: O paciente busca maior intimidade com o terapeuta.
- Item 11: Sentimentos e experiências sexuais são discutidos.
- Item 12: Ocorrem silêncios durante a sessão.
- Item 13: O paciente está animado ou excitado.
- Item 14: O paciente não se sente entendido pelo terapeuta.
- Item 15: O paciente não inicia assuntos; é passivo.
- Item 16: Há discussão sobre funções corporais, sintomas físicos ou saúde.
- Item 17: O terapeuta exerce ativamente controle sobre a interação com o paciente (por exemplo, estruturando e/ou introduzindo novos assuntos).
- Item 18: O terapeuta transmite um sentido de aceitação não-crítica (Obs.: a colocação na direção do extremo não-característico indica desaprovação, falta de aceitação).
- Item 19: Existe um tom erótico na relação terapêutica.
- Item 20: O paciente é provocador, desafia os limites da relação terapêutica (Obs.: a colocação na direção do extremo não característico indica que o paciente se comporta de maneira submissa).
- Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.
- Item 22: O terapeuta focaliza os sentimentos de culpa do paciente.
- Item 23: O diálogo tem um foco específico.
- Item 24: Os conflitos emocionais do próprio terapeuta invadem a relação.
- Item 25: O paciente tem dificuldade em começar a sessão.
- Item 26: O paciente experimenta afetos incômodos ou penosos (dolorosos).
- Item 27: O terapeuta dá orientações e conselhos explícitos (*versus* adia, mesmo quando é pressionado a fazê-lo).
- Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.
- Item 29: O paciente fala sobre querer estar separado ou distante.
- Item 30: A discussão se concentra em temas cognitivos, isto é, sobre idéias ou sistema de crenças.
- Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.
- Item 32: O paciente adquire uma nova compreensão ou *insight*.
- Item 33: O paciente fala sobre sentimentos de estar próximo ou de estar precisando de alguém.
- Item 34: O paciente culpa outros, ou forças externas, pelas dificuldades.

- Item 35: A autoimagem é um foco de discussão.
- Item 36: O terapeuta assinala o uso de manobras defensivas pelo paciente; por exemplo, anulação, negação.
- Item 37: O terapeuta se comporta como um professor (de maneira didática).
- Item 38: Há discussão sobre atividades ou tarefas específicas para o paciente tentar fazer fora da sessão.
- Item 39: Existe um tom competitivo na relação.
- Item 40: O terapeuta faz interpretações que fazem referência a pessoas reais da vida do paciente (Obs.: a colocação na direção do extremo não-característico indica que o terapeuta faz interpretações gerais ou impessoais).
- Item 41: As aspirações ou ambições do paciente são tópicos de discussão.
- Item 42: O paciente rejeita (*versus* aceita) os comentários e observações do terapeuta.
- Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento de outros.
- Item 44: O paciente se sente cauteloso ou desconfiado (*versus* confiante e seguro).
- Item 45: O terapeuta adota uma atitude de apoio.
- Item 46: O terapeuta se comunica com o paciente com um estilo claro e coerente.
- Item 47: Quando a interação com o paciente é difícil, o terapeuta tenta se adaptar, num esforço para melhorar a relação.
- Item 48: O terapeuta estimula a independência de ação ou opinião do paciente.
- Item 49: O paciente tem sentimentos ambivalentes ou conflitados sobre o terapeuta.
- Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pelo paciente (por exemplo, raiva, inveja ou excitação).
- Item 51: O terapeuta é condescendente ou protetor para com o paciente.
- Item 52: O paciente conta com o terapeuta para resolver seus problemas.
- Item 53: O paciente está preocupado com o que o terapeuta pensa dele.
- Item 54: O paciente é claro e organizado em sua expressão.
- Item 55: O paciente transmite expectativas positivas sobre a terapia.
- Item 56: O paciente discute experiências como se estivesse distante dos seus sentimentos (Obs.: avalie como neutro se o afeto e o envolvimento forem aparentes, mas modulados).
- Item 57: O terapeuta explica as razões por trás de sua técnica ou abordagem ao tratamento.
- Item 58: O paciente resiste em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionados aos problemas.
- Item 59: O paciente se sente inadequado ou inferior (*versus* eficiente e superior).
- Item 60: O paciente tem uma experiência catártica (Obs.: avalie como não-característico se a expressão emocional não for acompanhada de uma sensação de alívio).
- Item 61: O paciente se sente tímido ou envergonhado (*versus* à vontade e seguro)
- Item 62: O terapeuta identifica um tema repetitivo na experiência ou conduta do paciente.
- Item 63: Os relacionamentos interpessoais do paciente são um tema importante.
- Item 64: O amor ou relacionamentos amorosos são um tópico de discussão.
- Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma ou reformula a comunicação do paciente.
- Item 66: O terapeuta é diretamente encorajador (Obs.: coloque na direção do não-característico se o terapeuta tende a se abster de proporcionar apoio direto).
- Item 67: O terapeuta interpreta desejos, sentimentos ou idéias, rejeitadas ou inconscientes.
- Item 68: Significados reais *versus* fantasiados das experiências são ativamente diferenciados.
- Item 69: A situação de vida atual ou recente do paciente é enfatizada na discussão.

- Item 70: O paciente luta para controlar sentimentos ou impulsos.
- Item 71: O paciente é autoacusatório; expressa vergonha ou culpa.
- Item 72: O paciente entende a natureza da terapia e o que é esperado.
- Item 73: O paciente está comprometido com o trabalho terapêutico.
- Item 74: O humor é utilizado.
- Item 75: Interrupções ou pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.
- Item 76: O terapeuta sugere que o paciente aceite responsabilidade por seus problemas.
- Item 77: O terapeuta não tem tato.
- Item 78: O paciente busca aprovação, afeição ou simpatia do terapeuta.
- Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou no afeto do paciente.
- Item 80: O terapeuta apresenta uma experiência ou evento numa perspectiva diferente.
- Item 81: O terapeuta enfatiza os sentimentos do paciente para ajudá-lo a experimentá-los mais profundamente.
- Item 82: O comportamento do paciente durante a sessão é reformulado pelo terapeuta de uma maneira não explicitamente reconhecida anteriormente.
- Item 83: O paciente é exigente.
- Item 84: O paciente expressa sentimentos de raiva ou agressivos.
- Item 85: O terapeuta encoraja o paciente a tentar novas formas de comportar-se com os outros.
- Item 86: O terapeuta é seguro ou autoconfiante (*versus* inseguro ou defensivo).
- Item 87: O paciente é controlador.
- Item 88: O paciente traz temas e material significativos.
- Item 89: O terapeuta age para fortalecer defesas.
- Item 90: Os sonhos ou fantasias do paciente são discutidos.
- Item 91: Lembranças ou reconstruções da infância são tópicos de discussão.
- Item 92: Os sentimentos ou percepções do paciente são relacionados com situações ou comportamentos do passado.
- Item 93: O terapeuta é neutro.
- Item 94: O paciente sente-se triste ou deprimido (*versus* alegre ou animado).
- Item 95: O paciente sente-se ajudado.
- Item 96: Há discussão sobre horários ou honorários.
- Item 97: O paciente é introspectivo, prontamente explora pensamentos e sentimentos íntimos.
- Item 98: A relação terapêutica é um foco de discussão.
- Item 99: O terapeuta questiona a visão do paciente (*versus* valida as percepções do paciente).
- Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outras relações.

ANEXO C - Escala de Adequação Social

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas duas últimas semanas.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

Eu:

- 1 sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
- 2 trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
- 3 sou estudante
- 4 sou aposentado
- 5 estou desempregado.

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1 sim
- 2 não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 sim
- 2 não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
- 2 perdi um dia
- 3 perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4 perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5 não trabalhei nenhum dia
- 8 estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 fiz meu trabalho muito bem
- 2 fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades

- 3 necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
- 4 fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 sim 2 não
- 1 em nenhum momento me senti envergonhado
- 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado
- 4 senti-me envergonhado a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti assim
- 2 senti-me assim uma ou duas vezes
- 3 senti-me assim cerca de metade do tempo
- 4 senti-me assim a maior parte do tempo
- 5 senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

- 1 meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
- 2 uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões 7 a 12 – os demais sigam para a questão 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 diariamente
- 2 realizei tarefas domésticas quase todos os dias

- 3 realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 no geral não realizei tarefas domésticas
- 5 fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 8 estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros etc.?

- 1 realizei as tarefas muito bem
- 2 realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me incomodado(a) o tempo todo

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

- 1 meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de 13 a 18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 período integral
- 2 mais que meio período
- 3 meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 não perdi nenhum dia
- 2 perdi poucos dias de aula
- 3 perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 não fui à escola nenhum dia
- 8 estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 fiz minhas tarefas muito bem
- 2 fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
- 3 necessitei de auxílio nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 fiz minhas tarefas de maneira inadequada a maior parte do tempo
- 5 fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente
- 8 não se aplica, não frequentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo
- 8 não se aplica, não frequentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 nove ou mais amigos
- 2 cinco a oito amigos
- 3 dois a quatro amigos
- 4 um amigo
- 5 nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8 não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 mais de três vezes
- 2 três vezes
- 3 duas vezes
- 4 uma vez

5 nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas duas últimas semanas?

Por exemplo, esportes, ouvir música etc.?

- 1 dediquei a maior parte do tempo ao lazer praticamente todos os dias
- 2 dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
- 3 dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
- 5 não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral, me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente
- 8 não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 superei em poucas horas
- 3 superei em poucos dias
- 4 superei em uma semana
- 5 vai levar meses até que me recupere
- 8 não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 sempre me senti confortável
- 2 algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 no geral me senti desconfortável
- 5 senti-me desconfortável o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho amigos

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 não me senti solitário(a)
- 2 senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 no geral me senti solitário(a)
- 5 o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?
- 1 nunca me senti aborrecido(a)
 - 2 no geral não me senti aborrecido(a)
 - 3 senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
 - 4 no geral me senti aborrecido(a)
 - 5 senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda às questões 28 e 29
- 2 NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 mais de três vezes
- 2 três vezes
- 3 duas vezes
- 4 uma vez
- 5 nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 a maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 não me interessei por encontros a maior parte do tempo
- 5 estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de 30 a 37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você teve contato com algum deles nas duas últimas semanas?

- 1 SIM, responda às questões de 30 a 37
- 2 NÃO, pule para a questão 38

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 relacionamo-nos bem o tempo todo
- 2 no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente

- 2 no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 procurei meus familiares regularmente
- 2 procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 esperei que meus familiares me procurassem
- 4 evitei meus familiares, mas eles me procuraram
- 5 não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 no geral não dependi deles
- 3 dependi deles cerca de metade do tempo
- 4 dependo deles a maior parte do tempo
- 5 dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

- 1 não quis contrariá-los
- 2 uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 não me preocupei sem razão
- 2 preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 preocupei-me o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 não achei que os decepcionei em nada
- 2 no geral, não achei que os decepcionei
- 3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei

5 o tempo todo achei que os decepcionei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?

- 1 em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
- 5 o tempo todo achei que eles me decepcionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 SIM, responda às questões de 38 a 46
- 2 NÃO, pule para a questão 47

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
- 2 no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 tivemos mais de uma discussão
- 4 tivemos várias discussões
- 5 tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 no geral, pude falar sobre meus sentimentos
- 3 consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 nunca consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas últimas duas semanas?

- 1 eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 cerca de metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou “pegando no seu pé” nas duas últimas semanas?

- 1 quase nunca
- 2 de vez em quando
- 3 cerca de metade do tempo

- 4 a maior parte do tempo
- 5 o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti-me independente
- 2 no geral me senti independente
- 3 senti-me um tanto dependente
- 4 no geral me senti dependente
- 5 dependi do meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
- 2 no geral senti afeto
- 3 cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
- 4 no geral senti desagrado
- 5 senti desagrado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 mais de duas vezes por semana
- 2 uma ou duas vezes por semana
- 3 uma vez a cada duas semanas
- 4 menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5 nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 nenhum
- 2 uma ou duas vezes
- 3 cerca de metade das vezes
- 4 a maior parte das vezes
- 5 todas as vezes
- 8 não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 senti prazer todas as vezes
- 2 no geral senti prazer
- 3 senti prazer cerca de metade das vezes
- 4 no geral não senti prazer
- 5 não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 SIM, responda às questões de 47 a 50
- 2 NÃO, pule para a questão 51

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1 interessei-me e estive ativamente envolvido(a) durante o tempo todo
- 2 no geral me interessei e estive envolvido(a)
- 3 cerca de metade do tempo interessei-me
- 4 no geral não me interessei
- 5 estive desinteressado(a) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de dois anos)

- 1 sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 no geral, consegui comunicar-me com eles
- 3 cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 não consegui comunicar-me com eles
- 8 não se aplica, não tenho filhos maiores de dois anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas últimas duas semanas?

- 1 não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 tive mais de uma discussão
- 4 tive várias discussões
- 5 tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 senti afeto o tempo todo
- 2 no geral senti afeto
- 3 cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 no geral não senti afeto
- 5 em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

- 1 SIM, responda às questões de 51 a 53
- 2 NÃO, pule para a questão 54

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas?

- 1 não me preocupei
- 2 preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 preocupei-me o tempo todo
- 8 não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

- 1 não achei que os decepcionei em nada
- 2 no geral não senti que os decepcionei
- 3 cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 eu os decepcionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

- 1 em nenhum momento achei que me decepcionaram
- 2 no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 no geral achei que eles me decepcionaram
- 5 tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondem à questão 54

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

- 1 tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 tive sérias dificuldades financeiras

ANEXO D – Compulsive Buying Scale

Escala de Compras Compulsivas – CBS

Compulsive Buying Scale – Faber & O’Guinn (1992)

1. Indique o quanto concorda ou discorda da afirmação abaixo. Marque a opção que melhor indica como se sente sobre a afirmação.

a. Se sobra algum dinheiro ao final do período de pagamento, tenho que gastá-lo.

	Concordo totalmente
	Concordo até certo ponto
	Não concordo nem discordo
	Discordo até certo ponto
	Discordo totalmente

2. Indique a frequência com que fez as seguintes ações marcando a opção mais apropriada a você.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Senti que outros ficariam horrorizados se soubessem dos meus hábitos de comprar					
Comprei coisas apesar de não conseguir pagar por elas					
Emiti um cheque quando sabia que não tinha dinheiro suficiente no banco para					

cobri-lo					
Senti-me ansioso ou nervoso em dias que não fui às compras					
Paguei apenas o valor mínimo das minhas faturas do cartão de crédito					

ANEXO E – YBOCS-SV

YBOCS – SV
Instruções: abaixo está uma lista de sintomas comuns no transtorno de comprar compulsivamente. Após ler cuidadosamente cada pergunta, marque a opção que descreve melhor seu comportamento de consumo.
<p>Tempo ocupado com pensamentos sobre compras. Quanto do seu tempo tem sido ocupado por pensamentos sobre ir às compras?</p> <p>() 0 – nenhum</p> <p>() 1 – pouco, 1 hora por dia ou intrusões ocasionais</p> <p>() 2 – moderado, 1 a 3 horas por dia, ou intrusões freqüentes</p> <p>() 3 – grave, mais que 3 h até 8 horas por dia ou intrusões muito freqüentes</p> <p>() 4 – extremo, mais que 8 horas por dia ou intrusão quase constante</p>
<p>Interferência devido aos pensamentos sobre compras. Quanto dos seus pensamentos sobre ir às compras interferem em seu funcionamento social, profissional ou com suas tarefas diárias? Há algo que você deixe de fazer por causa destes pensamentos?</p> <p>() 0 – nenhum</p> <p>() 1 – pouco, interferência discreta com atividades sociais ou profissionais, porém sem prejuízo no geral</p> <p>() 2 – moderado, há interferência com a performance social ou ocupacional, mas os prejuízos ainda são contornáveis</p> <p>() 3 – grave, causa problemas substanciais na performance social ou ocupacional.</p> <p>() 4 – extremo, incapacitante</p>
<p>Perturbações associadas com pensamentos sobre compras. Quanto lhe perturbam os pensamentos acerca das compras?</p> <p>() 0 – nenhum</p> <p>() 1 – pouco, não incomodam muito.</p> <p>() 2 – moderado, incomodam mas consigo lidar com eles</p> <p>() 3 – grave, incomodam muito</p> <p>() 4 – extremo, incomodo persistente e quase constante</p>
<p>Resistência contra os pensamentos sobre compras. Quanto esforço você faz para resistir aos pensamentos de ir às compras? Com que freqüência você tenta ignorar ou se distrair destes pensamentos quando eles aparecem em sua mente?</p> <p>() 0 – sempre faço um esforço para resistir, ou os sintomas são tão mínimos que não é necessário oferecer resistência</p> <p>() 1 – tenta resistir a maior parte do tempo</p> <p>() 2 – faço algum esforço para resistir</p> <p>() 3 – cedo a todos os pensamentos sem tentar controlá-los, ou cedo após alguma resistência</p> <p>() 4 – cedo de forma completa e voluntária a todos os pensamentos sobre compras.</p>
<p>Tempo gasto com compras. Quanto tempo você passa comprando? Quanto tempo você passa</p>

comprando compulsivamente?

- () 0 – nenhum
- () 1 – pouco, menos de 1 h por dia comprando
- () 2 – moderado, passo de 1 a 3 horas por dia comprando muito
- () 3 – grave, passo mais de 3 h e menos de 8 h comprando
- () 4 – extremo, passo mais de 8 horas por dia comprando ou quase com episódios constante de compra

Interferência decorrente do comportamento de compras. Quanto o seu comportamento com compras interfere em seu funcionamento social, de trabalho ou com suas tarefas? Há algo que você deixe de fazer por causa das compras?

- () 0 – nada
- () 1 – pouco, interferência discreta nas atividades sociais ou profissionais, porém sem prejuízo
- () 2 – moderado, há interferência na performance social ou ocupacional, mas os prejuízos ainda são contornáveis
- () 3 – grave, causam problemas substanciais na performance social ou ocupacional
- () 4 – extremo, incapacitante

Incomodo associado ao ato (comportamento) de comprar compulsivamente. Como você se sente quando fica impedido de comprar? Quão ansioso (a) você ficaria?

- () 0 – nenhum
- () 1 – pouco, só fico ansioso(a) se impedido(a) de comprar ou apenas um pouco ansioso(a).
- () 2 – moderado, refere que a ansiedade aumentaria, porém ainda conseguiria manejar.
- () 3 – grave, ansiedade proeminente e muito perturbadora se as compras são interrompidas.
- () 4 – extremo, ansiedade incapacitante se qualquer intervenção direcionada a modificação da atividade; surgimento de ansiedade incapacitante em situação que simula compra.

Resistência quanto ao ato de comprar. Quanto esforço você faz para resistir a is às compras (às compulsões)?

- () 0 – sempre faço um esforço para resistir, ou os sintomas são tão mínimos que não é necessário oferecer resistência.
- () 1 – tento resistir a maior parte do tempo.
- () 2 – faço algum esforço para resistir.
- () 3 – cedo a todas as compulsões sem tentar controlá-las, cedo após alguma relutância.
- () 4 – cedo de forma completa e voluntária a todas as compulsões sobre compras.

Grau de controle sobre as compras compulsivas. Quão forte é o impulso de comprar? Quanto controle você tem sobre a compulsão?

- () 0 – controle completo
- () 1 – muito controle, experimento pressão para realizar o comportamento, mas geralmente sou capaz de exercer controle voluntário sobre isto.
- () 2 – controle moderado, grande pressão para realizar o comportamento, posso controlá-lo apenas com dificuldade.
- () 3 – pouco controle, muito impulso para realizar o comportamento, o qual deve ser realizado, podendo adiar/ postergar com dificuldades

() 4 – sem controle, impulso para realizar o comportamento é experimentado/ vivido como completamente involuntário ou muito poderoso, raramente consigo, mesmo que momentaneamente, adiar a atividade.