

Rafael T. da Costa<sup>1,2,3</sup>  
<https://orcid.org/0000-0001-6641-0641>

Marcele R. de Carvalho<sup>1,2,3</sup>  
<http://orcid.org/0000-0003-0206-9143>

Antonio E. Nardi<sup>1,2</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-2152-4669>

# Revisão sistemática sobre resolução de problema e mediação de conflito pela terapia cognitivo-comportamental

*Systematic review on problem solving and conflict mediation by cognitive-behavioral therapy*

DOI: 10.1590/0047-2085000000404

## RESUMO

**Objetivo:** Na prática clínica, é importante diferenciar problema e conflito, porque os passos sugeridos na técnica de resolução de problemas costumam não ser suficientes para auxiliar o cliente a lidar com conflitos. Esta revisão sistemática teve como objetivos: investigar como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode auxiliar na resolução de problemas e na mediação de conflito; sugerir uma estratégia que favoreça a melhor capacidade de mediar conflitos (QPD). **Métodos:** Foi realizada uma busca nas bases de dados: PubMed, PsycINFO, Web of Science (ISI) e Scopus. O método prisma foi utilizado, e foram selecionados para leitura na íntegra artigos experimentais. **Resultados:** Trezentos e sessenta e quatro ensaios clínicos aplicaram a resolução de problemas, apontando a eficácia dessa técnica juntamente com outras estratégias/intervenções da TCC. Livros-guias de TCC: não diferenciam problema e conflito; descrevem detalhadamente passos para resolução de problemas, focando na perspectiva do cliente, no momento presente e no uso da razão lógica; não abordam a mediação de conflitos pela TCC. Sugerimos uma estratégia que pode ajudar na mediação de conflitos: auxiliando na coleta/organização de informações; melhorando a comunicação – empática e assertiva; favorecendo escolhas com o intuito de causar o menor dano possível a todas as partes envolvidas no conflito. **Conclusões:** Para treinar terapeutas para aplicarem a resolução de problemas, há descrição detalhada dos passos a serem seguidos. Entretanto, para capacitar os terapeutas para mediar conflitos, práticas clínicas que têm sido frequentemente descritas/utilizadas nas terapias cognitivas contextuais podem ser necessárias: aceitação psicológica, *mindfulness*, entender valores individuais, vivenciar/considerar a emoção em tomadas de decisão, ativar a compaixão/autocompaixão.

## PALAVRAS-CHAVE

Terapia cognitivo-comportamental, solução de problemas, mediação de conflito, psicoterapia, estratégia terapêutica.

## ABSTRACT

**Objective:** It is important to differentiate between problem and conflict in clinical practice, because the steps suggested in the problem-solving technique are usually not enough to help patients deal with conflicts. This systematic review aimed to: investigate how cognitive-behavioral therapy (CBT) can help in problem solving and conflict mediation; suggest a strategy that can improve conflict mediate skills (QPD). **Methods:** A search was performed in the following databases: PubMed, PsycINFO, Web of science (ISI) and Scopus. Prisma flow diagram was used and experimental articles were selected for full reading. **Results:** Three hundred and sixty four clinical trials applied problem solving, showing the effectiveness of this technique with other CBT strategies/interventions. CBT guide books: do not differentiate between problem and conflict; describe in detail problem solving steps, focusing on the customer's perspective, the present moment and the use of logical reason; do not explore conflict mediation in the CBT. We suggest a strategy that can help in the mediation of conflicts: assisting in the collection/organization of information; improving communication – empathic and assertive; favoring choices that can cause the least possible harm to all parties in the conflict. **Conclusions:** There is detailed description of the steps to train therapists to apply problem solving. However, to improve therapeutic skills to mediate conflicts, clinical practices that have been frequently described/used in the contextual cognitive behavioral therapies may be necessary: psychological acceptance, mindfulness, understanding personal values, experiencing/considering emotion in decision making, activating compassion/self-compassion.

## KEYWORDS

Cognitive-behavioral therapy, problem solution, conflict mediation, psychotherapy, therapeutic strategy.

Received in: June/8/2022. Approved in: Dec/19/2022.

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Laboratório de Pânico e Respiração (LabPR), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3 Núcleo Integrado de Pesquisas em Psicoterapia nas Abordagens Cognitivas e Comportamentais (NIPPACC), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Address for correspondence:** Rafael Thomaz da Costa. Rua Cosme Velho, 44, ap. 502, Cosme Velho – 22241-090 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: faelthomaz@gmail.com



## INTRODUÇÃO

As palavras “problema” e “conflito” têm suas escritas, seus respectivos significados e até mesmo sonoridades muito semelhantes em diversos idiomas oficiais de países do Ocidente: inglês, espanhol, português, alemão, italiano e francês. Apesar de muitas pessoas usarem essas duas palavras como sinônimos no dia a dia, os significados são diferentes. Vamos considerar neste estudo que problema é uma situação de resolução difícil que afeta algum aspecto da vida de um sujeito e que conflito é um desentendimento, uma divergência, uma ausência de concordância, que envolve duas ou mais partes<sup>1</sup>.

## Resolução de problemas

Livros-guias de terapia cognitivo-comportamental (TCC) incluem a técnica de resolução de problemas em protocolos para tratar diversas queixas e transtornos<sup>2,3</sup>. A resolução de um problema exige atenção concentrada, dedicação de energia e tempo, visando: entender o problema, avaliar alternativas e implementar ações. Entende-se que as ações a serem implementadas podem reduzir danos ou resolver o problema. Caso isso aconteça, é possível exercitar a gratidão, caso não seja necessário reavaliar e escolher outra alternativa<sup>2,3</sup>.

Em um artigo que descreve as estratégias básicas da TCC, Wenzel descreve, de forma detalhada, como o terapeuta precisa conduzir a resolução de problema estimulando 1) a externalização – anotar informações relevantes; 2) a visualização – usar imagens mentais para esclarecer o problema e ensaiar a implementação da solução; e 3) a simplificação – dividir o problema em partes menores. Ainda nesse mesmo artigo a autora cita os passos da terapia de solução de problemas como o caminho mais indicado para ajudar os clientes na prática clínica<sup>2</sup>.

A terapia de solução de problemas – *problem-solving therapy* (PST) – foi proposta por Zurilla and Goldfried nos anos 1970 e teve grande contribuição de Nezu *et al.* nas últimas duas décadas<sup>3</sup>. A PST é considerada como parte da TCC. Pesquisas na área clínica e aconselhamento psicológico e em psicologia da saúde têm mostrado que a PST pode ser eficaz para clientes de diversas idades – crianças até idosos – para ajudar a melhorar diversos quadros clínicos, incluindo estresse excessivo, transtornos de humor, transtornos ansiosos e esquizofrenia<sup>3</sup>.

O modelo de resolução de problemas de Zurilla e Nezu inclui diversos passos<sup>3</sup>:

1. Estruturação inicial – estabelecer boa relação terapêutica, encorajar um olhar otimista e explicar a abordagem PST;

2. Avaliação – investigar os fatores estressores presentes e as forças e fraquezas que se apresentam no momento;
3. Obstáculos para uma efetiva resolução do problema – explorar obstáculos como multitarefas e o impacto do estresse excessivo;
4. Orientação voltada ao problema – favorecer a autoeficácia – adotar ferramentas como visualização e promover a autoeficácia;
5. Orientação voltada ao problema – entender os problemas – reconhecer os objetivos e fazer uso de *checklists*;
6. Orientação voltada ao problema – enxergar o problema como um desafio;
7. Orientação voltada ao problema – usar e regular as emoções;
8. Orientação voltada ao problema – parar e pensar – reduzir tendências impulsivas ou evitativas;
9. Definição e formulação do problema – entender a natureza do problema e definir metas realistas;
10. Geração de alternativas – identificar potenciais soluções – avaliar prós e contras;
11. Tomada de decisão – incentivar uma tomada de decisão e entender possíveis consequências;
12. Implementação da ação e monitoração do resultado – incentivar o autorreforço a cada passo para aumentar a chance de haver sucesso;
13. Prática guiada – incentivar a aplicação das habilidades de resolução de problemas diante de múltiplos contextos;
14. Rápida resolução de problemas – ensinar aos clientes perguntas e guias para utilizar em outras situações.

A boa condução dos passos realizada por um terapeuta bem treinado, com as competências clínicas necessárias, é essencial para que a PST seja eficaz<sup>3</sup>.

A técnica de resolução de problemas não desconsidera as emoções, mas propõe maior foco no raciocínio lógico e considera essencialmente a perspectiva do sujeito que trouxe o problema.

## Mediação de conflito

Na prática clínica, é importante diferenciar problema e conflito, porque os passos sugeridos para resolução de problemas não são suficientes para favorecer a redução do sofrimento psíquico em condições que exigem mediação de conflito.

Diante de um conflito, há duas ou mais partes envolvidas. Nesse caso, faz-se necessário trabalhar a aceitação, com o entendimento de que não haverá uma “solução perfeita”. Qualquer escolha proporcionará algum dano pra si, para o(s) outro(s) ou para todos os envolvidos.

Para mediar um conflito de maneira adequada, faz-se necessário incentivar que haja: conexão com o momento presente; busca por informações para entender as variáveis presentes; promoção de compartilhamento a respeito do que as partes envolvidas no conflito sentem, pensam e gostariam. Considerando a complexidade das relações humanas, em um conflito os sujeitos lidam com questões intra e interpessoais.

Aspectos intrapessoais costumam ser bem investigados no processo terapêutico pela TCC e podem influenciar na origem e na manutenção de conflitos. Uma entrevista de avaliação detalhada e uma cuidadosa conceitualização do caso podem revelar padrões disfuncionais, identificando pensamentos automáticos e crenças centrais que podem ser distorcidos<sup>1</sup>. Também é possível fazer uso de instrumentos que podem acelerar o processo de avaliação e autoconhecimento do cliente, como: questionário de esquemas iniciais desadaptativos<sup>4</sup>; questionário de crenças disfuncionais<sup>5</sup>; inventário de estratégias de *coping*.<sup>6</sup>

Questões interpessoais, por sua vez, podem exigir maior capacidade de se conectar empaticamente e boas habilidades de comunicação. Parece haver poucos materiais didáticos para terapeutas cognitivos-comportamentais lidarem com aspectos interpessoais diante de situações de conflito trazidas pelo cliente.

O registro de pensamento interpessoal, elaborado por Irismar Reis, dentro da proposta da terapia cognitiva processual, é uma estratégia que estimula um olhar para aspectos interpessoais<sup>7</sup>. O registro de pensamento interpessoal busca abordar o que o cliente entende a respeito do que o outro sentiu, pensou e como se comportou. Essa ferramenta terapêutica incentiva a ativação da empatia, mas direciona a reflexão para situações específicas, pela perspectiva do paciente, que ativaram sentimentos desagradáveis nele e para possíveis consequências dos comportamentos emitidos dentro de uma "reação em cadeia"<sup>7</sup>.

## OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: 1) realizar uma revisão sistemática para descrever e entender melhor como a TCC aborda a resolução de problemas e a mediação de conflitos em estudos experimentais; 2) considerando a hipótese de não haver na literatura a descrição de uma estratégia específica para auxiliar clientes a lidarem com situações de conflito, apresentar uma estratégia – a ser testada – que favoreça a coleta/organização de informações, a reflexão e a escolha de uma ação com a intenção de reduzir o sofrimento psíquico no processo e proporcionar o menor dano possível às partes envolvidas no conflito.

## MÉTODOS

Neste estudo foi utilizada a ferramenta MeSH (*Medical Subject Heading*) para identificar termos e palavras semelhantes aos termos "problem solving" e "conflict mediation". São palavras e termos utilizados e recomendados para indexar artigos nos bancos de dados científicos.

Selecionamos como palavras-chave os termos: [("problem solving" OR "problem resolution" OR "problem management" OR "conflict mediation" OR "conflict management" OR "conflict solving" OR "conflict resolution" OR "decision making" OR "conflict negotiation") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavior therapy" OR "behavior therapy" OR "cognitive therapy" OR "cognitive behavioral psychotherapy" OR "cognitive psychotherapy")].

Foi realizado o levantamento nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Web of Science (ISI) e Scopus. No PubMed, foram utilizados os filtros: "clinical trial", "comparative studies" e "cases reports". No PsycINFO, foi aplicado o termo de indexação "intervention". Artigos nas línguas inglesa, espanhola, portuguesa e francesa foram inclusos.

Foram excluídos estudos que não aplicaram propriamente a TCC ou que aplicaram a TCC, mas não relataram que houve a aplicação da técnica de resolução de problema ou mediação de conflito.

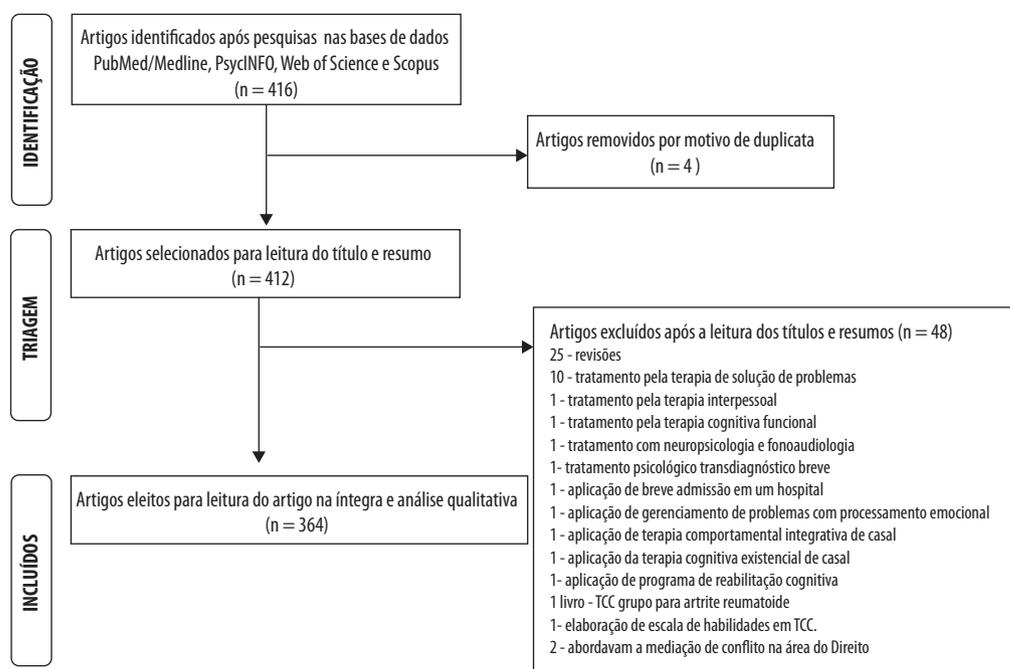
Foram incluídos para análise na íntegra estudos experimentais – ensaios clínicos ou estudos de caso – que aplicaram a TCC e citaram de alguma forma a resolução de problema ou a mediação de conflito.

## RESULTADOS

Foram identificados 392 artigos no PubMed, 21 no PsycINFO, 2 no Web of Science (ISI) e 1 no Scopus. Quatro artigos estavam duplicados. Comparando o período de tempo 1971-2000 e 2001-2021, nota-se que houve um aumento substancial da quantidade de pesquisas experimentais aplicando a TCC e que triplicou o número de artigos científicos que citam a técnica de resolução de problemas.

Abaixo o PRISMA ilustra como se deu o processo até a seleção dos artigos para a leitura na íntegra.

Entre os estudos excluídos, vale ressaltar que 18 artigos eram revisões. Um achado não foi incluso, porque se tratava de um livro, que descrevia um programa de TCC em grupo para artrite reumatoide. Alguns estudos ofereciam tratamentos que não eram TCC: terapia interpessoal<sup>9</sup>, terapia cognitiva funcional<sup>10,11</sup>, gerenciamento de problemas com processamento emocional<sup>12</sup>, tratamento psicológico transdiagnóstico breve<sup>13</sup>, terapia comportamental integrativa de casal<sup>14</sup> e terapia cognitiva existencial de casal<sup>15</sup>. Esses estudos apenas citavam que foi aplicada a resolução de problemas, mas não descreviam com detalhes no procedimento a técnica.



**Figura 1.** PRISMA – diagrama.

Fonte: Moher, et al., 2009.<sup>8</sup>

Na busca apareceram seis estudos que investigaram a eficácia da PST para tratar pessoas que apresentavam obesidade<sup>16</sup>, sintomas de depressão e distímia<sup>17</sup>, degeneração macular em função da idade<sup>18</sup>, dor lombar<sup>19</sup>, câncer e nível de estresse elevado<sup>20</sup>. Esses artigos descrevem com mais detalhes como foi aplicada a técnica de resolução de problemas, mas o último citado<sup>20</sup> é o que descreve com maior riqueza de detalhes os procedimentos, incluindo a descrição em um anexo. Em síntese: 1) definir e formular melhor a natureza do problema; 2) gerar ampla gama de alternativas; 3) avaliar sistematicamente as possíveis consequências e selecionar a melhor alternativa para implementar; e 4) monitorar e avaliar o resultado depois de sua implementação.

Focando mais especificamente na TCC, ela é reconhecida como a abordagem psicoterápica mais científica na atualidade. Se fizermos a busca sem especificar o tipo de estudo, usando as palavras-chave [“(*problem solving*” OR “*problem resolution*” OR “*problem management*” OR “*conflict mediation*” OR “*conflict management*” OR “*conflict solving*” OR “*conflict resolution*” OR “*decision making*” OR “*conflict negotiation*”) AND (“*cognitive behavioral therapy*” OR “*cognitive behavior therapy*” OR “*behavior therapy*” OR “*cognitive therapy*” OR “*cognitive behavioral psychotherapy*” OR “*cognitive psychotherapy*)”)], encontramos 2.241 achados.

Por isso, foi importante utilizar os filtros disponíveis nas bases de dados para localizar somente os estudos nos quais houve intervenção. Dos 412 artigos identificados, 364 são ensaios clínicos randomizados e/ou controlados. Eles apontam o uso da técnica de resolução de problemas juntamente

com outras estratégias da TCC para tratar diversas queixas psicológicas e transtornos psiquiátricos.

A seguir, são citadas apenas algumas pesquisas que propuseram tratamento pela TCC para pessoas que apresentavam: transtornos ansiosos<sup>21,22</sup>; transtornos de humor<sup>23-25</sup>; espectro obsessivo-compulsivo<sup>26</sup>; espectro autista<sup>27</sup>; transtorno de estresse pós-traumático<sup>28</sup>; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade<sup>29</sup>; transtornos alimentares<sup>30</sup>; esquizofrenia<sup>31</sup>; dependência de drogas<sup>32</sup>; transtornos de personalidade<sup>33,34</sup>.

Além disso, há muitos estudos que também apontam a eficácia da aplicação da TCC, com o uso da técnica de solução de problemas associada a estratégias/intervenções, para reduzir o sofrimento psíquico de pessoas com condições médicas gerais: câncer<sup>35</sup>; síndrome do cólon irritável<sup>36</sup>; dor crônica<sup>37</sup>.

A técnica de solução de problemas também está inclusa no protocolo unificado para tratar transtornos ansiosos proposto por Barlow<sup>38</sup>. Somente um estudo de caso aplicando a TCC estava dentro dos achados<sup>39</sup>, o qual também aponta a eficácia do tratamento pela TCC, incluindo o uso da técnica de resolução de problemas.

Há livros-guias com capítulos de livros que servem para orientar terapeutas a como conduzirem a sessão, auxiliando os clientes a solucionarem problemas, seguindo os pressupostos da TCC<sup>2</sup>. Há maior foco, no momento presente, no uso do raciocínio lógico e um cuidado para que as crenças do terapeuta não influenciem no processo<sup>3</sup>.

A técnica de resolução de problemas não é descrita com detalhes nos artigos que citam que essa estratégia foi

utilizada. Em geral, a TCC utiliza diversas estratégias e intervenções, dessa forma, fica inviável descrever com detalhes todos os procedimentos de todas as técnicas aplicadas, dado que há limite de número de palavras para a publicação em revistas científicas.

Enquanto há vários estudos citando a aplicação da solução de problemas, não há estudos aplicando a TCC que falem sobre mediação de conflitos. Três artigos encontrados usaram o termo “mediação de conflito”, mas dois eram estudos da área do direito e um era um artigo de intervenção de TCC breve em grupo para tratar adultos com transtorno de acumulação. Neste último, os autores utilizaram o termo “mediador”, mas o objetivo foi testar mediadores hipotéticos do resultado do tratamento<sup>40</sup>. A técnica utilizada no tratamento do transtorno de acumulação foi a resolução de problemas para auxiliar na tomada de decisão. Foi utilizado o termo “*decision-making*”, mas não se tratava de situações de conflito envolvendo duas ou mais partes.

## DISCUSSÃO

Se, por um lado, os principais livros-guias de TCC descrevem com detalhes a técnica de resolução de problemas<sup>2,41-49</sup> e essa é também muito bem explicada nos textos que apresentam a PST<sup>50</sup>, por outro lado, não há conteúdos específicos que possam ser utilizados para treinar terapeutas cognitivos comportamentais a ajudarem clientes a mediar conflitos.

Atualmente a TCC é considerada uma abordagem psicoterápica integrativa, que parte de uma avaliação detalhada, passa pela formulação do caso, cuidando para que haja uma boa construção/manutenção de um bom vínculo, e elabora um plano de tratamento que pode fazer uso de estratégias/intervenções cognitivas, comportamentais, emocionais e/ou de aceitação<sup>50</sup>.

A terapia cognitiva e a terapia racional emotivo-comportamental, propostas a partir da década de 1960, contribuíram para auxiliar clientes a lidarem com situações de conflito, identificando e modificando possíveis pensamentos e crenças distorcidos, especialmente ao identificar palavras absolutistas (tudo, nada, sempre, nunca), conteúdo de cobrança/recriminação (tem que, tenho que, deve, deveria) e interpretações que inadequadamente personificam situações (é pessoal, é para me atingir). Pensamentos com esses ativam e intensificam emoções muitas vezes de forma não compatível com o contexto, dificultando a adaptação e a manutenção de boas relações interpessoais<sup>46</sup>.

Diante de um contexto no qual há um conflito, também é possível oferecer treino de habilidades sociais para favorecer uma comunicação mais assertiva e empática entre as partes envolvidas. Entretanto, há poucos materiais didáticos, para terapeutas cognitivos comportamentais ou para psicoeducação dos clientes, com o objetivo de treinar a capacidade

de se conectar mais empaticamente. O componente afetivo, promovido pela empatia, é essencial em um contexto de mediação de conflito, para direcionar as partes a fazerem escolhas que possam causar menos danos.

Diversas terapias cognitivas contextuais – ACT, DBT, MBCT, terapia focada na compaixão – destacam a importância de se conectar mais e melhor com o momento presente, para ativar mais emoções, sensações e pensamentos mais compatíveis com o contexto. Práticas que visam ao *mindfulness* e à compaixão/autocompaixão, estudadas cientificamente e forma mais intensa a partir dos anos 2000, incluem como um possível efeito a maior conexão com a pessoa com quem se está interagindo no momento presente.

Outro aspecto relevante é que a terapia de aceitação e compromisso, proposta por Steven Hayes em 2006, enfatiza a necessidade de levar mais em consideração os valores do cliente, considerando as escolhas feitas, desejadas e verbalmente construídas.

É possível, portanto, afirmar que no século XXI propostas psicoterápicas mais recentes contribuíram com diversos estudos e com a descrição de práticas clínicas que favorecem a aceitação psicológica, o *mindfulness*, a identificação de valores individuais, vivenciar e considerar a emoção em tomadas de decisão, e ativar a compaixão e a autocompaixão. Todos esses aspectos podem ser explorados no *setting* terapêutico com o intuito de favorecer a melhor capacidade de mediar conflitos.

Na ausência de materiais didáticos para treinar terapeutas a favorecerem a mediação de conflitos pela TCC, em anexo apresentamos a estratégia quero/posso/devo (QPD). Nos procedimentos que são descritos em três etapas no material em anexo, é possível considerar, a depender do contexto e do perfil do cliente, a possibilidade de intervenções que visam a: reestruturação cognitiva; aceitação; desfusão; controle dos impulsos; atenção plena na interação social; maior conexão empática; compaixão e autocompaixão; comunicação assertiva; entender valores individuais.

Os objetivos da estratégia QPD são: 1) coletar e compartilhar informações entre as partes envolvidas e com o terapeuta; 2) melhorar a percepção e a assimilação mútua do que as partes envolvidas entendem a respeito do que sentem, pensam e devem; 3) reduzir o sofrimento psíquico diante da necessidade de fazer escolhas e implementar ações; 4) intencional o menor dano possível a todas as partes envolvidas no conflito.

## CONCLUSÕES

Podemos concluir que a técnica de resolução de problemas é uma das mais difundidas e aplicadas pelas TCCs. Há muitos estudos experimentais que apontam a eficácia dessa estratégia para promover a melhora da saúde mental, compondo um protocolo junto com outras estratégias e intervenções.

Quando a técnica de solução de problemas foi avaliada como sendo a única técnica, em estudos que utilizam a PST, por exemplo, foi possível ver a descrição mais detalhada dos procedimentos e a confirmação de sua eficácia para melhorar diversos quadros clínicos e promover a melhora do estresse excessivo e da qualidade de vida dos sujeitos.

Há muitos artigos e livros-guias de TCC que descrevem a aplicação da técnica de resolução de problemas na prática clínica. Entretanto, os autores não apontam que, ao avaliar uma adversidade trazida ao consultório, seja possível que o cliente esteja diante de um conflito e, nesse caso, os passos da técnica de resolução de problemas podem não ser suficientes para ajudá-lo.

Sobre mediação de conflito, considerando a perspectiva promissora de uma psicoterapia baseada em processos<sup>51</sup>, entendemos que é possível melhorar o treinamento para que terapeutas cognitivos comportamentais possam auxiliar clientes a mediarem conflitos utilizando diversas ferramentas terapêuticas que já existem e apresentam comprovação de eficácia.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Rafael Thomaz da Costa** – Concepção da pesquisa, análise formal, metodologia, investigação e escrita; produção do texto original e administração do projeto.

**Marcele Regine de Carvalho** – Armazenamento dos dados, metodologia e escrita; revisão; revisão e edição, visualização e administração do projeto.

**Antonio Egidio Nardi** – Supervisão, recursos e escrita; revisão e edição, e administração do projeto.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse entre os autores e não houve suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Cambridge international dictionary of English. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
2. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(4):597-609.
3. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. Solving life's problems: A 5 step guide to enhanced well-being. New York: Springer; 2007.
4. Cazassa M, Oliveira M. Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estud Psicol (Campinas).* 2012;29(1):23-31.
5. Yohida E, Colugnati F. Questionário de crenças irracionais e escala de crenças irracionais: propriedades psicométricas. *Psicol Reflex Crit.* 2002;15(2):437-45.
6. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(1):150-70.

7. de Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy. New York and London: Routledge Taylor and Francis Group; 2016.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
9. Crowe M, Luty S. The process of change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depression: a case study for the new IPT therapist. *Psychiatry.* 2005;68(1):43-54.
10. Belache FTC, Souza CP, Fernandez J, Castro J, Ferreira PDS, Rosa ERS, et al. Trial Protocol: Cognitive functional therapy compared with combined manual therapy and motor control exercise for people with non-specific chronic low back pain: protocol for a randomised, controlled trial. *J Physiother.* 2018;64(3):192.
11. O'Neill A, O'Sullivan K, O'Sullivan P, Purtill H, O'Keefe M. Examining what factors mediate treatment effect in chronic low back pain: A mediation analysis of a Cognitive Functional Therapy clinical trial. *Eur J Pain.* 2020;24(9):1765-74.
12. Alozkan Sever C, Cuijpers P, Mittendorfer-Rutz E, Bryant RA, Dawson KS, Holmes EA, et al. Feasibility and acceptability of Problem Management Plus with Emotional Processing (PM+EP) for refugee youth living in the Netherlands: study protocol. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1947003.
13. Catanzano M, Bennett SD, Kerry E, Liang H, Heyman I, Coughtrey AE, et al. Evaluation of a mental health drop-in centre offering brief transdiagnostic psychological assessment and treatment for children and adolescents with long-term physical conditions and their families: a single-arm, open, non-randomised trial. *Evid Based Ment Health.* 2021;24(1):25-32.
14. Sevier M, Eldridge K, Jones J, Doss BD, Christensen A. Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behav Ther.* 2008;39(2):137-50.
15. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, et al. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localised prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU Int.* 2015;115(5):35-45.
16. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(4):722-6.
17. Schmalzing KB, Dimidjian S, Katon W, Sullivan M. Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):350-6.
18. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, Massof RW, Leiby BE, Ho AC, et al. Improving function in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology.* 2013;120(8):1649-55.
19. van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH, Wijnen JA. Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clin J Pain.* 2003;19(2):87-96.
20. Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH, McClure KS, Houts PS. Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(6):1036-48.
21. Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, et al. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(4):821-5.
22. Mesri B, Xiong Y, Marjorie Barnes-Horowitz N, Craske MG. Avoidance Moderates Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder and Agoraphobia. *J Nerv Ment Dis.* 2020;208(10):785-93.
23. Hopko DR, Armento ME, Robertson SM, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(6):834-49.
24. da Costa RT, Cheniaux E, Legnani Rosaes PA, de Carvalho MR, da Rocha Freire RC, Versiani M, et al. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: A randomized controlled study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(2):144-9.
25. Pfennig A, Leopold K, Bechdolf A, Correll CU, Holtmann M, Lambert M, et al. Early specific cognitive-behavioural psychotherapy in subjects at high risk for bipolar disorders: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2014;15:161.
26. Katrin Kuelz A, Riemann D, Halsband U, Vielhaber K, Unterrainer J, Kordon A, et al. Neuropsychological impairment in obsessive-compulsive disorder—improvement over

- the course of cognitive behavioral treatment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006;28(8):1273-87.
27. Feinberg E, Augustyn M, Fitzgerald E, Sandler J, Ferreira-Cesar Suarez Z, Chen N, et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2014;168(1):40-6.
  28. McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K, et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):515-24.
  29. Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(6):926-41.
  30. Grover M, Williams C, Eisler I, Fairbairn P, McCloskey C, Smith G, et al. An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive-behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011;44(8):708-15.
  31. Sungur M, Soygür H, Güner P, Üstün B, Çetin I, Falloon IR. Identifying an optimal treatment for schizophrenia: a 2-year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011;15(2):118-27.
  32. Latimer WW, Winters KC, D'Zurilla T, Nichols M. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(3):303-17.
  33. Guillén Botella V, García-Palacios A, Bolo Miñana S, Baños R, Botella C, Marco JH. Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2021;35(Suppl A):21-38.
  34. Black DW, Allen J, St John D, Pfohl B, McCormick B, Blum N. Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(1):53-61.
  35. Sherwood P, Given BA, Given CW, Champion VL, Doorenbos AZ, Azzouz F, et al. A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 32(6):1190-8.
  36. Lackner JM, Jaccard J, Keefer L, Brenner DM, Firth RS, Gudleski GD, et al. Improvement in Gastrointestinal Symptoms After Cognitive Behavior Therapy for Refractory Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 2018;155(1):47-57. doi: 10.1053/j.gastro.2018.03.063. Epub 2018 Apr 25. Erratum in: *Gastroenterology*. 2018 Oct;155(4):1281. PMID: 29702118; PMCID: PMC6035059.
  37. Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, Junghaenel DU, Bruckenthal P, Schwartz JE, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *Pain*. 2016;157(9):2115-2123.
  38. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-84.
  39. Stamou G, Garcia-Palacios A, Woodford BJ, Suso-Ribera C, Botella C. The Combination of Cognitive-Behavioural Therapy with Virtual Reality for the Treatment of Postnatal Depression in a Brief Intervention Context: A Single-Case Study Trial. *J Healthc Eng*. 2021;2021:5514770.
  40. Tolin DF, Wootton BM, Levy HC, Hallion LS, Worden BL, Diefenbach GJ, et al. Efficacy and mediators of a group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: A randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(7):590-602.
  41. Beck J. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press; 2020.
  42. Caballo V. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de España;1991.
  43. Dobson KS. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
  44. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford Publications; 2018.
  45. Hofmann S. *An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems*. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2011.
  46. Rangé B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
  47. Wright J, Turkington D, Kingdon D, Basco M. *Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness*. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2009.
  48. Wright J, Brown G, Thase M, Basco M. *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2017.
  49. Wenzel A. *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy, Volume 1: Overview and Approaches*. Massachusetts: American Psychological Association; 2021.
  50. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York: Springer; 2012.
  51. Hayes S, Hofmann S. *Process Based CBT*. Oakland: New Harbinger Publications; 2018.

## ANEXO 1

### Estratégia quero/posso/devo (QPD)

Platão, em *A República*, dividiu a alma humana em apetite, razão e têmpera. Posteriormente, de forma semelhante, Freud elaborou os conceitos Id, ego e superego. Dessa forma, diante de um conflito, proponho estimular a reflexão sobre três aspectos diante do conflito: quero (desejo/impulsos), posso (considerando dados/regras observados na realidade) e devo (cobranças internas, que podem estar sendo impostas por influência de crenças e valores).

### Objetivos da estratégia QPD

1. Coletar e compartilhar informações entre as partes envolvidas e com o terapeuta;
2. Melhorar a percepção e a assimilação mútua do que as partes envolvidas entendem a respeito do que sentem, pensam e devem;
3. Reduzir o sofrimento psíquico diante da necessidade de fazer escolhas e implementar ações;
4. Proporcionar o menor dano possível a todas as partes envolvidas no conflito.

### Procedimentos

Após entender o contexto: o que está acontecendo? desde quando? quem são as partes envolvidas no conflito? que tipo de dano o conflito causou/causa/causará?

#### Etapa 1

Três perguntas que cada parte precisa fazer, primeiramente cada uma para si mesma: 1) o que eu quero?; 2) o que eu posso fazer?; 3) o que eu devo?.

Nesta primeira etapa, é muito importante o sujeito entender se: 1) seus desejos parecem ser minimamente compatíveis com a realidade e com outros desejos que as partes possam apresentar? 2) Há limites, bloqueios e restrições impostos na realidade vigente que tornam inviável alguma alternativa? 3) Quais são as possíveis crenças que podem estar sendo ativadas? Há pensamentos contendo palavras absolutistas (sempre, nunca, nada, tudo, toda vez...) ou com conteúdo de cobrança e recriminação (tenho que, devo, deveria...)? Quais são os valores que presidem minhas ações e das quais não estou disposto a flexibilizar?

Nesta etapa, a depender das características do cliente e do contexto, é possível fazer uso de estratégias que visam

a reestruturação cognitiva, aceitação, desfusão, favorecimento do controle dos impulsos, ativação da compaixão e autocompaixão.

#### Etapa 2

Três perguntas que precisam ser respondidas após comunicar-se com a outra parte: 1) O que o outro entende que quer?; 2) O que o outro entende que pode fazer?; 3) O que o outro entende que deve fazer?

A reflexão aqui nesta etapa visa tentar compreender se: 1) O que o outro deseja parece ser minimamente compatível com a realidade e com outros desejos que as partes podem apresentar? 2) Há limitações, bloqueios e restrições impostos na realidade que tornam inviável alguma alternativa de ação do outro? 3) Quais são as possíveis crenças do outro que podem estar sendo ativadas? Há pensamentos expressos pelo outro que contenham palavras absolutistas (sempre, nunca, nada, tudo, toda vez...)? Quais são os valores do outro que ao ver dele poderiam ser afetados e este não está disposto a flexibilizar?

Sempre considerando as características do cliente e o contexto no qual está inserido, na segunda etapa algumas outras práticas clínicas podem ser adequadas: psicoeducação sobre empatia; treino para favorecer a maior conexão empática, com o incentivo para haver atenção plena na interação social; treino para favorecer uma comunicação assertiva; intervenções que podem favorecer a aceitação e a compaixão.

#### Etapa 3

Escolha, implementação de ações e acompanhamento das consequências.

Caso haja mais conexão empática, comunicação assertiva entre as partes e aceitação psicológica (entendimento a respeito das variáveis sobre as quais temos ou não possibilidade de controle), haverá maior tendência à escolha por ações com a intenção de causar o menor dano possível a todas as partes envolvidas.

Nesta fase, é essencial que as duas partes: reconheçam que houve esforço de todos os lados para entender o conflito também pela perspectiva do outro; tenham conseguido comunicar de forma adequada o que será feito e quais são as expectativas de cada um sobre as possíveis consequências; estejam dispostas a aceitar que, diante de um conflito, inevitavelmente haverá danos para uma parte, para a outra ou para ambos os lados, os quais podem ser superados com o passar do tempo.

## Como aplicar a estratégia QPD?

Ao terapeuta:

Deixar claro que os objetivos são: coletar, entender e compartilhar informações a respeito do conflito; refletir, fazer escolhas e implementar ações com o intuito de causar o menor dano possível a todos envolvidos no conflito.

	O que quer?	O que pode?	O que deve?
<p><b>Eu</b></p> <p><u>Ao terapeuta:</u> A depender da urgência de tempo para mediar o conflito e fazer escolhas, é possível ao longo do tempo revisitar as informações e alterar de acordo com novas experiências vividas e reflexões.</p>	<p>Aqui você pode escrever expectativas e desejos, tentando, de início, não fazer julgamento de valor, mesmo que pareçam em primeira instância quererem conflituosos. O querer pode envolver a busca de satisfação e/ou o alívio de desconforto.</p> <p><b>- Escreva aqui o que você QUER/deseja diante desse conflito.</b></p> <p><u>Ao terapeuta:</u> Incentivar para que o cliente escreva sem fazer um julgamento de valor, se é certo ou errado. Após, é possível avaliar se são quererem conflituosos ou não entre si. Trabalhar aceitação psicológica nesses casos pode ser essencial.</p>	<p>Aqui vamos considerar que existe um EU e o MUNDO.</p> <p>Entenda que há limitações de energia, tempo e recursos.</p> <p>Podemos considerar até mesmo normas, regras e questões legais presentes no contexto.</p> <p>Tente pensar em diversas possibilidades de ação, entendendo também que a não ação pode ser uma opção.</p> <p><b>- Escreva aqui o que você PODE fazer. As alternativas de ação suas que parecem ser viáveis diante desse conflito.</b></p> <p><u>Ao terapeuta:</u> É possível pesar prós e contras sobre cada alternativa. É importante trabalhar aceitação psicológica ao entrar em contato com alternativas que parecem ser inviáveis Incentivar a compaixão e a autocompaixão ao se deparar com alternativas que claramente podem causar danos desnecessários a qualquer parte envolvida.</p>	<p>Aqui você vai considerar as possíveis crenças que você tem.</p> <p>Podem haver a premissa de que essa é uma conduta “correta”. Normas, regras ou padrões impostas a você por você mesmo. Ao pensar “EU DEVO...”, diversos sentimentos e sensações podem ser ativados: pressão, cobrança, apreensão, recriminação.</p> <p><b>- Escreva aqui o que você acredita que DEVE fazer diante desse conflito. Veja se é possível identificar algumas crenças e/ou valores que são importantes e podem influenciar você diante do conflito.</b></p> <p><u>Ao terapeuta:</u> É possível que o terapeuta identifique e questione algumas possíveis crenças disfuncionais que podem estar sendo ativadas. A identificação ou clarificação de valores pode ser guiada pelas orientações dadas pela ACT.</p>
<p><b>Outro(s)</b></p> <p><u>Ao terapeuta:</u> Para coletar mais informações e responder melhor as colunas ao lado, faz-se necessário tentar promover maior conexão empática entre as partes envolvidas e favorecer uma comunicação assertiva. Psicoeducação sobre empatia, práticas mindfulness e treino de habilidades sociais podem ajudar.</p>	<p><b>- Escreva aqui o que você entende a respeito do que o outro QUER/deseja diante desse conflito.</b></p>	<p><b>- Escreva aqui o que você entende que o outro PODE fazer? As alternativas de ação do outro que parecem ser viáveis diante desse conflito.</b></p>	<p><b>- Escreva aqui o que você entende a respeito do que o outro acredita que DEVE fazer diante desse conflito. Veja se é possível identificar algumas crenças e/ou valores que são importantes e podem influenciar o outro diante do conflito.</b></p>