Universidade Federal da Bahia

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Aline Souza Simões

Primeiras impressões de transtornos mentais por psicólogos clínicos e outros profissionais

Salvador, Bahia

2017

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Aline Souza Simões

Primeiras impressões de transtornos mentais por psicólogos clínicos e outros profissionais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho.
Orientador: Prof. Dr. Marcos Emanoel Pereira.
Coorientador: Prof. Dr. Tiago Alfredo Ferreira.

Salvador, Bahia

2017

Aline Souza Simões

Primeiras impressões de transtornos mentais por psicólogos clínicos e outros profissionais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho.
Orientador: Prof. Dr. Marcos Emanoel Pereira.
Coorientador: Prof. Dr. Tiago Alfredo Ferreira.

Banca examinadora

_____

Prof. Dr. Marcos Emanoel Pereira

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

_____

Prof. Dr. Emanuel Palma

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

_____

Prof. Dr. Angelo Sampaio

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

AGRADECIMENTOS

O começo dos meus agradecimentos não poderia ser por outros que não aqueles que são a base para todas as conquistas, todos os objetivos alcançados: minha família. Meus pais, Andréa e Maurício, pelo apoio incondicional, por acreditar sempre no meu melhor. Minha irmã, Luiza, pela amizade que vai além dos laços de sangue. E também João, minha família escolhida, por tudo que compartilhamos até aqui e tudo que ainda compartilharemos daqui para frente.

Agradeço à família Marista e agregados, que foi incrível no curso desse trabalho, movendo de advogados a geofísicos para participar da jornada dessa humilde psicóloga.

À – muito adequadamente nomeada – Liga da Justiça (Júlia, Maurício e Felipe, não poderia deixar de mencionar vocês especificamente), que nunca me deixa sozinha não importa o tamanho do arqui-inimigo e que é responsável por boa parte do meu crescimento profissional e pessoal dos últimos anos.

A Tiago, que me atura desde a graduação e cuja fé em mim me fez acreditar no impossível.

A Marcos, pela paciência, gentileza e conhecimento muito além do esperado.

A Gil e Rodrigo, dentre todos os colegas especiais que conheci, por todo o apoio que me deram quando eu mal conseguia entender aonde eu estava pisando.

A Sidnei, pelo pontapé inicial sem o qual esse caminho, do qual eu me orgulho, poderia ter sido bem diferente.

A Janaína e Luciana. O apoio e a força que vocês me deram nesse caminho foi incrível.

O fruto de todo esse trabalho é especial para mim por causa de vocês.

LISTA DE ABREVIATURAS

RFT – Teoria das Molduras Relacionais

RRAA – Responder relacional arbitrariamente aplicável

TDM – Transtorno Depressivo Maior

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TPB – Transtorno de Personalidade Borderline

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráficos indicando o impacto do rótulo diagnóstico nas respostas dadas com relação à motivação para ajudar os personagens nas condições sem (A) e com (B) diagnóstico, conforme resultados obtidos através de ANOVA para medidas repetidas.....40

Figura 2. Gráficos apresentando o efeito da formação técnica nas respostas dadas para cada personagem nos itens "Sinto-me motivado a ajudar Carla/Renato/Laura" (A) e "Carla/Renato/Laura é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos" (B), e no item relativo ao tipo de relação que poderia ser estabelecida com Carla/Renato/Laura (C), conforme resultados obtidos através de ANOVA para medidas repetidas.....45

Figura 3. Gráficos indicando diferenças entre as respostas de psicólogos e leigos para cada personagem nos itens relativos a: (1) foco nos problemas, (2) retirada de pensamentos e sentimentos ruins e (3) afastamento de atividades.....53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Demográficas dos Participantes.....35

Tabela 2. ANOVA de medidas repetidas frequentista e bayesiana para itens que mostraram efeito significativo da formação técnica entre personagens, rótulo diagnóstico e diferença entre personagens.....60

RESUMO

Os diagnósticos psiquiátricos e sua forma de classificação são foco de opiniões críticas dentro do meio psicológico e a literatura tem trazido cada vez mais a discussão a respeito do impacto que eles podem ter na subjetividade do paciente. Para além disso, a produção de conhecimento acerca de estereótipos relacionados aos transtornos mentais tem sido também frutífera. Pouca produção tem sido publicada, porém, a respeito do impacto desses estereótipos na visão de profissionais de saúde e, mais especificamente, de psicoterapeutas. Reconhecendo que o psicoterapeuta está inserido na mesma cultura que seus clientes, essa pesquisa se propõe a discutir o impacto que esse contexto traz na prática clínica psicológica, unindo a perspectiva analítico-comportamental sobre a clínica a uma visão da Psicologia Social sobre estereótipos. A pesquisa avaliou 111 participantes, sendo 53 psicoterapeutas e 58 profissionais de outras áreas. Foram elaboradas três descrições de personagens a partir da sintomatologia descrita pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) para o Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Personalidade Borderline. Os participantes foram pedidos para responder a algumas escalas indicando suas primeiras impressões acerca dos personagens descritos. Nessa avaliação, um grupo de participantes recebeu o instrumento com o rótulo diagnóstico de cada personagem e o outro sem o rótulo. A partir da análise de dados, foi encontrado efeito significativo na formação técnica psicológica nas primeiras impressões relatadas. O efeito relacionado ao rótulo diagnóstico se mostrou limitado, embora as respostas se diferenciassem consideravelmente entre os personagens apresentados. Efeitos de variáveis adicionais (essencialização, motivação para controlar o preconceito e diagnóstico do participante ou familiar) foram avaliados e discutidos, assim como limitações do modelo de pesquisa e possibilidades de questões futuras que derivam desta discussão.

Palavras-chave: estereótipos; transtornos mentais; essencialização; motivação para controlar o preconceito; psicoterapeuta; terapia.

ABSTRACT

In Psychology, psychiatric diagnoses and their classification systems have been broadly discussed and academic researchers have been discussing the impact these diagnoses might have on the patient's self-concept and sense of self, as well as the stereotypes commonly related to mental illnesses. Not much research has been made however on the impact these stereotypes might have from the perspective of the professionals working with health care, and more specifically, psychotherapists. Considering that psychotherapists are within the same culture as their patients, the present paper intends to discuss the impact that this context has on the clinical work in Psychology, by using a behavior-analytic perspective of the clinical work, along with literature of Social Psychology on stereotypes. This research was applied on 111 participants, 53 of which were psychotherapists and 58 were professionals working in other areas. Three character descriptions were created from symptoms described by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) as typical of Major Depression Disorder, Obsessive Compulsive Disorder and Borderline Personality Disorder. To answer scales about first impressions, one group of participants was given the instrument with the diagnostic label for each character and the other group was given the instrument without it. In data analysis, psychological training was found to have a significant impact on first impressions on the characters. Effects related to the diagnostic labels were limited, although the answers were considerably different between the presented characters. Effects related to additional variables (essentialism, motivation to respond without prejudice and participant/family diagnostic) were evaluated and discussed, as were limitations to this research model and possible future questions derived from this discussion.

Keywords: stereotypes; mental illness; essentialism; motivation to respond without prejudice; psychotherapist; therapy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 11

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....13

2.1.Relação terapêutica e primeiras interações entre terapeuta e cliente.....14

2.2.Cognições iniciais e estabelecimento de vínculo.....17

2.3.Estereótipos e cognições sociais.....20

2.4.A perspectiva essencialista 23

2.5.Essencialismo e estereótipos relacionados a transtornos mentais.....25

2.6. Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Personalidade Borderline 28

2.7.Problema e hipóteses.....30

3. MÉTODO.....32

3.1. Delineamento do estudo.....32

3.2. Participantes.....32

3.3. Instrumentos.....33

3.4. Procedimentos.....35

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....36

4.1. Análises complementares.....63

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 70

REFERÊNCIAS.....76

ANEXO 1.....85

ANEXO 2.....104

ANEXO 3.....112

APRESENTAÇÃO

Os diagnósticos psiquiátricos e sua forma de classificação são foco de opiniões críticas dentro do meio psicológico (Hayes & Follette, 1992; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Matos, Matos & Matos, 2005; Pinto, 2012). Com o lançamento do DSM-V, novas classificações foram feitas e o conhecimento acerca delas tem se tornado cada vez mais acessível ao senso comum. A partir disso, ocorre uma multiplicidade de diagnósticos, muitas vezes assumidos pelo próprio sujeito.

Está presente na literatura a discussão a respeito do impacto que essa cultura do diagnóstico pode ter na subjetividade do paciente (Haslam, 2000; Luhrmann, 2000; Mehta & Farina, 1997; Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001), assim como a respeito dos estereótipos relacionados aos transtornos mentais (Angermeyer & Matschinger, 2003; Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Porém, apesar do assunto ser mencionado em muitos estudos, uma lacuna nessa discussão diz respeito à perspectiva dos profissionais de saúde - que estão em contato direto com esses pacientes - sobre os transtornos e os estereótipos relacionados a eles.

No Brasil, especificamente, dados sobre estereótipos e estigmas na perspectiva de profissionais que trabalham com saúde mental são escassos (Loch et al., 2011). No dia a dia, muitas vezes parece ser assumido que o psicoterapeuta terá uma posição de neutralidade, o que não condiz com a realidade de que ele também está inserido em um contexto e, assim, sujeito à construção de estereótipos e molduras relacionais que influenciam o processo terapêutico.

A relevância desse trabalho está, portanto, em promover autoconhecimento e reflexão por parte de psicoterapeutas a respeito da influência da sua própria subjetividade, no que diz respeito ao seu próprio comportamento verbal e à influência dos estereótipos relacionados a transtornos mentais no processo terapêutico diante de uma questão tão discutida e tão presente no dia a dia da clínica psicológica.

Os conceitos utilizados ao longo da revisão bibliográfica desse trabalho são oriundos da Análise do Comportamento e da Psicologia Social. É importante ressaltar que a experiência da autora com o contexto trabalhado (em grupos de pesquisa e no trabalho clínico) tem sido a partir de uma perspectiva do Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento. Sendo assim, houve a intenção de usar essa mesma perspectiva como base para o estudo. Porém, a partir do interesse em estudar um fenômeno marcadamente social – o estereótipo -, foi importante adentrar nos conceitos e bases da Psicologia Social, que tem muito a acrescentar ao tratar de tópicos que a Análise do Comportamento passou a estudar apenas recentemente (Roche, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Hayes, 2001).

Os resultados obtidos indicam que a formação técnica do psicoterapeuta parece ter um impacto em como o fenômeno dos estereótipos é abordado no que diz respeito à categoria de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, ressaltando a importância da preparação formal dos profissionais que lidam com esses indivíduos. Para além disso, características pessoais e rótulo diagnóstico também demonstraram efeito para as primeiras impressões acerca da categoria estudada, mostrando tendências de afastamento e distância social, assim como mostra a literatura (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Espera-se que essa pesquisa tenha um impacto na comunidade acadêmica no sentido de incentivar uma discussão iniciada por alguns autores da Análise do Comportamento (Wilson & DuFrene, 2009; Luoma, Hayes & Walser, 2007), sobre o psicoterapeuta enquanto sujeito no processo terapêutico. Ter consciência dessa perspectiva e falar mais sobre isso implica em um maior cuidado com aspectos pessoais do profissional, que podem influenciar negativamente no processo e nos resultados obtidos na psicoterapia; a produção de conhecimento nesse sentido busca então contribuir para a busca de uma prática psicológica cada vez mais ética e benéfica para os que dela usufruem.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O estigma da doença mental é algo presente no dia a dia do psicólogo. Não é incomum o atendimento de pacientes encaminhados por psiquiatras com um diagnóstico que desejam esconder. O tratamento é algo desejável, mas os estereótipos relacionados ao diagnóstico são algo que se torna presente no dia a dia do diagnosticado. Muitos pacientes solicitam sigilo ou procuram alguma justificativa física para o seu estado mental, uma vez que, na ausência desta, suas dificuldades podem ser atribuídas a preguiça, falta de esforço ou perseverança (Moreno & Moreno, 1999).

Seria plausível imaginar que os profissionais de saúde seriam as pessoas mais preparadas para lidar com pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e, portanto, menos suscetíveis a esses estereótipos, porém, segundo Loch et al. (2011), essa perspectiva ainda não foi corroborada por pesquisas. Ao contrário disso, segundo Schulze e Angermeyer (2003), familiares e pacientes diagnosticados com esquizofrenia relataram que o contato com profissionais de saúde mental havia sido uma de suas experiências mais estigmatizantes. De acordo com Lawrie et al. (1998), dados indicam que aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados com transtorno psiquiátrico relata ter sido mal atendida por serviços de saúde primária e cerca de um terço relata ter sido tratado de forma incorreta pelo médico clínico.

A partir da perspectiva do profissional de saúde, a própria descrição epidemiológica de transtornos mentais já traz alguns efeitos, uma vez que o conjunto de sintomas atribuídos a transtornos mentais considerados graves inclui tentativa de suicídio e violência (Corrigan et al., 2014). Esse tipo de estereótipo pode trazer implicações especialmente complicadas para psicoterapeutas.

Psicoterapeutas, assim como leigos, estão imersos em um contexto onde muitas vezes os estereótipos exercem influência sobre os pensamentos e ações do dia a dia. Porém, o psicoterapeuta se encontra em um contexto específico onde seus pensamentos e ações vão

impactar diretamente na forma como o seu trabalho será conduzido. Qual seria então o impacto dos estereótipos de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais na relação estabelecida entre essas pessoas e seus psicólogos, dentro do *setting* terapêutico?

Para esclarecer um pouco essa questão, discutiremos em que se constitui uma relação terapêutica e qual é a sua importância para o processo clínico, especialmente no que diz respeito a primeiras impressões. A partir daí, será discutido o papel das cognições do terapeuta no estabelecimento do vínculo em uma visão da Teoria das Molduras Relacionais (RFT). A perspectiva da Psicologia Social será abordada então, a partir de uma discussão sobre estereótipos, preconceito e crenças essencialistas relacionadas aos transtornos mentais. Por último, para apresentar a metodologia utilizada no presente trabalho, três diagnósticos serão discutidos no que tange a sua sintomatologia e problemática diante do *setting* terapêutico.

2.1. Relação terapêutica e primeiras interações entre terapeuta e cliente

A relação entre cliente e terapeuta parece ser uma ferramenta essencial para a psicoterapia. Desde Freud, se fala de uma "aliança terapêutica", que seria a força propulsora de um tratamento psicoterápico (Gomes, Ceitlind, Hauck & Terra, 2008), criando uma espécie de colaboração entre cliente e terapeuta que faria com que o cliente em questão tivesse comportamentos de empenho na terapia, como ir a uma sessão mesmo em um dia em que preferiria não ir ou conversar sobre um assunto especialmente doloroso. (Kohlenberg & Tsai, 1991; Paolino, 1981).

A relação terapêutica foi explorada também a partir de estudos relacionados à eficácia das psicoterapias, que procuraram estabelecer fatores comuns importantes para o sucesso de intervenções psicoterapêuticas independente da linha teórica em que estariam inseridas (Leonardi, 2016; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980). Dentre os fatores estabelecidos, apesar de serem mencionados outros pontos como qualidades do

terapeuta e características do cliente, a relação terapêutica está presente enquanto variável de maior importância para o sucesso da intervenção proposta (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005).

A terapia analítico-comportamental, especificamente, atribui extrema importância à relação terapêutica. Segundo Wielenska (2012), "os resultados da terapia analítico-comportamental dependem intrinsecamente da relação que se estabelece entre um cliente e seu terapeuta. " (p.160). No próprio trabalho de Skinner (1953), já se pode reconhecer uma abordagem do assunto. O autor diz em sua obra que, estando o cliente exposto a inúmeros aversivos ao iniciar a terapia, o terapeuta deve demonstrar que, de alguma forma, pode ajudar a minimizar aquele sofrimento para que se comece a estabelecer uma relação. A partir daí, é importante que se consiga tempo para que o processo possa ter continuidade e se tornar terapêutico. Wielenska (2012) expõe que "trata-se de estabelecer um relacionamento de escuta não punitiva, que permita a livre expressão do cliente e o relato isento de censura de aspectos clinicamente relevantes" (p.160).

Apesar de procurar ser uma escuta não punitiva, a relação terapêutica não é sempre prazerosa, e por isso é importante que o terapeuta esteja em constante auto-observação. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991), é possível que o terapeuta se perceba punindo um comportamento que seria desejável para o cliente e que continue a puni-lo mesmo depois de se tornar consciente disso, dificultando o vínculo e fazendo com que o cliente possa vivenciar certo desconforto adicional com a terapia. Na maioria das vezes, isso não acontece de forma consciente para o terapeuta e pode se dar por diversos fatores, como, por exemplo, a partir de contingências trazidas pelo cliente que estejam relacionadas com pontos sensíveis da vida pessoal do terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A construção do vínculo terapeuta-cliente, prazeroso ou não, começa a partir dos primeiros encontros. Esses primeiros encontros são aqueles em que o terapeuta começa a

conhecer o cliente, entender sua queixa e fazer as primeiras análises, essenciais para o planejamento de futuras intervenções. Nesse início, o papel mais importante do terapeuta seria o de audiência não-punitiva já mencionado, isto é, uma escuta diferenciada, atenta e sem julgamentos (Santos, Santos & Cunha, 2012, Skinner, 1953).

Os primeiros atendimentos são essenciais para uma boa relação terapêutica. As "primeiras impressões" que o terapeuta tem do cliente e o cliente tem do terapeuta influenciam significativamente no processo terapêutico que se seguirá. Segundo Rodrigues, Assmar e Jablonski (2003), alguns experimentos sobre percepção de pessoas chegaram a algumas conclusões importantes, uma delas sendo que as primeiras informações dadas acerca de uma pessoa parecem ter mais peso para a formação de uma impressão do que as que se seguirão posteriormente.

Primeiras impressões são especialmente importantes quando se fala sobre clientes que foram diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico. Porém, segundo a SAMHSA - *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* -, organização dos Estados Unidos, dados obtidos em 2012 mostraram que, no país, aproximadamente 20% das pessoas diagnosticadas abandona o tratamento prematuramente, 70% dessas na primeira ou segunda sessão. Diversos estereótipos são relacionados a diagnósticos psiquiátricos e muitas vezes fazem referência a aspectos como a resistência dos clientes ao tratamento, os índices de desistência, a desregulação emocional e os comportamentos por vezes agressivos (especialmente em transtornos de personalidade), fazendo com que o tratamento dessas pessoas seja um desafio (Brodsky & Stanley, 2013).

Parece ser esperado que muitos desses clientes apresentem dificuldades em se engajar em relacionamentos interpessoais, e que isso venha a dificultar, portanto, a relação terapêutica (Brodsky & Stanley, 2013). Apesar disso, teorias que se propõem a tratar pessoas diagnosticadas com transtornos mentais tendem a concordar que a relação terapêutica é um

instrumento importante de mudança especialmente importante nesses casos, sendo o espaço para que o cliente encontre oportunidades de desenvolver comportamentos mais adaptativos para desenvolver relações significativas. (Brodsky & Stanley, 2013; Kohlenberg & Tsai, 1991; Piccoloto, Wainer & Piccoloto, 2008).

Sendo a relação terapêutica essencial para o sucesso da terapia, assumindo que os primeiros encontros e as primeiras impressões possuem grande importância na construção dessa relação e acreditando que as ações do terapeuta têm grande influência na forma como o cliente vai se sentir e agir no início da terapia, faz-se importante discutir variáveis que tenham impacto no comportamento do terapeuta em sessão. Sabendo que tanto aspectos conscientes quanto inconscientes podem ter esse tipo de impacto, será priorizada nesse trabalho a variável que diz respeitos às cognições conscientes do terapeuta, no sentido de que serão usadas apenas medidas diretas de autorrelato, tanto por razões metodológicas e práticas (i.e. viabilidade de acesso ao público-alvo, tempo, entre outros) quanto por reconhecer o papel vital do comportamento verbal em influenciar pensamentos, sentimentos e comportamentos do terapeuta (assim como do cliente) durante o processo terapêutico. Características e propriedades dessas cognições serão discutidas mais a fundo na seção seguinte.

2.2. Cognições iniciais e estabelecimento de vínculo

Uma vez que o presente trabalho parte de uma perspectiva clínica analítico-comportamental, será trazida para a discussão a Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory), proposta por Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001), que é uma importante teoria de linguagem e cognição construída dentro das bases analítico-comportamentais[1].

---

[1]Existem algumas divergências quanto ao caráter analítico-comportamental da Teoria das Molduras Relacionais, porém, no presente trabalho faremos coro com os autores que

Serão discutidos alguns conceitos centrais dessa teoria para que possamos melhor entender algumas propriedades da linguagem e cognição humanas que podem ajudar a compreender o impacto do comportamento verbal no estabelecimento do vínculo terapeuta-cliente dentro do *setting* terapêutico.

O conceito central da RFT é o *responder relacional arbitrariamente aplicável* (RRAA). A partir desse conceito, pode-se trabalhar com respostas a relações entre estímulos, em vez de respostas a um estímulo particular. Enquanto humanos e animais irracionais podem ser ensinados a discriminar entre estímulos por propriedades formais (como, por exemplo, escolher o maior entre dois objetos), os humanos, cujo comportamento está sob controle verbal, podem discriminar entre estímulos por propriedades contextuais ou sociais arbitrárias (Hayes et al., 2001). Um exemplo de relação aplicável arbitrariamente é a de hierarquia. Nesse caso, não existem necessariamente relações físicas comuns entre os estímulos; o tipo de resposta a cada um será determinando a partir da relação entre eles. Dessa maneira, ao dizermos que um telefone celular da marca X é *melhor que* o da marca Y, não nos referimos necessariamente a uma propriedade física que faz com que a marca X seja melhor, mas podemos falar de questões arbitrárias, como beleza, status, funcionalidades, entre outros (Brino & Souza, 2005).

A partir do momento em que estímulos estão relacionados, pode-se dizer que eles fazem parte de uma *moldura relacional*, termo que se refere a uma classe particular de RRAA, controlada pelo contexto específico que evoca a sua ocorrência (i.e. pode-se falar de uma moldura relacional de hierarquia, por exemplo, como foi referido no parágrafo anterior) (Perez, Nico, Kovac, Fidalgo & Leonardi, 2013). Uma característica definidora de uma

---

defendem esse caráter (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Cullinan, 2000; Dougher, Twohig & Madden, 2014; Hayes & Wilson, 1993; Perez et al., 2013).

moldura relacional é o que se chama de *transformação de função de estímulos.* Hayes *et al.* (2001) dizem que a modificação da função de uma das partes da relação acarretará em transformações das funções das outras partes. Por exemplo: Se A é oposto a B e B se torna aversivo, então A adquirirá função reforçadora. (Brino & Souza, 2005). Nota-se que estímulos podem adquirir funções específicas por estarem relacionados a outros estímulos através da linguagem, o que traz algumas implicações clínicas.

No *setting* terapêutico, o comportamento verbal permeia a formação do vínculo entre terapeuta e cliente. Porém, assumindo que estímulos verbais fazem parte de diferentes molduras relacionais, estímulos novos trazidos pelo cliente podem adquirir funções específicas se estiverem relacionados a estímulos da história de vida do terapeuta. Dessa maneira, questões específicas trazidas pelo cliente podem evocar respostas do terapeuta que dizem respeito mais à sua própria história com essas questões do que ao que de fato é trazido à sessão pelo cliente (e.g. o cliente traz um desentendimento com o pai para um terapeuta que está mais sensível a essas questões por ter perdido o pai poucos dias antes). Essas questões podem fazer parte da história particular daquele terapeuta, mas também podem ser fruto de construções sociais, como no que diz respeito a estereótipos. Nessa perspectiva, diagnósticos de transtornos mentais podem ser estímulos particularmente difíceis de lidar em termos de molduras relacionais.

Se considerarmos que estímulos podem adquirir função aversiva por estarem relacionados a outros de mesma função, podemos imaginar que um transtorno mental pode adquirir função aversiva por estar relacionado a estereótipos aprendidos na história de contingências do terapeuta. Assim, um paciente que chega ao consultório clínico com diagnóstico de depressão, por exemplo, pode evocar relações com estereótipos aversivos, como o de ser uma pessoa difícil, sem força de vontade ou problemática (Haslam, 2000). Considerando então que o cliente pode estar em uma relação de coordenação (i.e. um

estímulo é igual/semelhante ao outro) com o diagnóstico, ele próprio passaria então a ter função aversiva para o terapeuta.

Um cliente que possui função aversiva para o terapeuta pode ser uma fonte de controle para o comportamento deste, de modo que o terapeuta termine por punir comportamentos desejáveis do cliente e reforçar indesejáveis sem que tenha necessariamente controle ou consciência sobre isso. Um estímulo aversivo, de maneira geral, aumenta a probabilidade de comportamentos que o afastem – nesse caso, haveria uma probabilidade de que o terapeuta viesse a agir de modo a afastar o cliente, gerando pouco espaço para uma relação de intimidade e aumentando a probabilidade de que ele deixe a terapia ou se vulnerabilize. Cabe então uma discussão maior sobre estereótipos relacionados a transtornos mentais e sobre como eles impactam na percepção sobre o indivíduo diagnosticado e, assim, no próprio processo terapêutico.

2.3. Estereótipos e cognições sociais

O Behaviorismo Radical e a Análise do Comportamento ao longo do tempo trataram de questões sociais utilizando os princípios tradicionais propostos por B. F. Skinner. Um exemplo de discussão social construída a partir de princípios do Behaviorismo Radical é o estudo das metacontingências (cf. Andery, Micheletto & Sério, 2005; Glenn, 1986). A RFT traz uma interpretação sobre fenômenos sociais a partir da Análise do Comportamento, mas ela está apenas no início do seu desenvolvimento no campo (Roche et al., 2001). Com isso, sendo o objetivo de estudo do presente trabalho intrinsecamente social, fez-se necessária a utilização de conceitos da Psicologia Social que, à luz do que já foi discutido, podem prover mais informações sobre a influência dos estereótipos na clínica psicológica.

Para a melhor compreensão acerca de estereótipos, um conceito importante é o de *categorização social*, que investiga o fenômeno de atribuição de rótulos verbais ao indivíduo pertencente a um grupo. Na categoria que interessa a este trabalho, isso seria feito através do

diagnóstico. A partir desse rótulo, o indivíduo é visto como membro de uma classe que possui um conjunto de atributos em comum. A individualidade dá lugar a uma rede de expectativas atribuídas àquele grupo em geral a respeito de como ele se comporta e o que pode ser esperado (Pereira, 2008).

Os conceitos de *estereótipo* e *preconceito* podem ser melhor compreendidos dentro desse contexto de "rótulos verbais". Na Psicologia Social, diversas definições para esses conceitos são encontradas. De modo geral, o preconceito é visto como uma atitude negativa frente a um grupo ou membros de um grupo específico (Stangor, 2009). O conceito de estereótipo, por outro lado, é menos consensual. Na literatura, muitas definições falam de estruturas que serviriam como uma imagem mental que representaria a ideia que se teria de um grupo específico (Lippman, 1922). De acordo com Stangor (2009), é possível chegar a um consenso geral que diz que estereótipos representam os traços vistos como características de grupos sociais, ou de membros desses grupos, isto é, são "o que vem à cabeça" quando pensamos sobre aquele grupo.

Em uma comparação entre os dois conceitos, Stangor (2009) se refere ao estereótipo como sendo a cognição, enquanto o preconceito seria relacionado ao afeto direcionado a uma determinada categoria. No que diz respeito à metodologia utilizada, o afeto e as emoções estão presentes nas interações entre grupos sociais, porém, isso pode não ser claramente avaliado através de medidas de autorrelato, seja por dificuldade de expressão do participante, seja por influência de outras variáveis na resposta. O acervo de instrumentos acessíveis para medir cognição, por outro lado, é mais amplo e a interpretação dos seus dados, mais simples (Stangor, 2009).

Apesar das dificuldades mencionadas, um aspecto relacionado ao preconceito será considerado nesse trabalho. Plant & Devine (1998) falam de mudanças em atitudes relacionadas a pessoas negras obtidas através de medidas de autorrelato após mudanças

legislativas nos Estados Unidos. Essas mudanças indicam a presença de uma variável que tem sua influência em pesquisas sobre estereótipos e preconceito: a motivação para controlar o preconceito. A variável em questão sugere a influência do contexto em que as atitudes ou crenças são avaliadas, como no experimento relatado por Fazio, Jackson, Dunton & Williams (1995), em que as respostas a medidas de autorrelato sobre preconceito racial dadas por alguns participantes variavam quando o experimentador era uma pessoa negra.

Segundo Devine, Plant, Amodio, Harmon-Jones & Vance (2002), uma pessoa pode estar motivada para controlar o seu preconceito por razões internas (i.e. pessoais) ou externas (i.e. normativas). Segundo esses autores, a motivação *interna* derivaria de um conjunto de crenças ou valores importantes para o sujeito em que quaisquer respostas avaliadas como preconceituosas seriam julgadas como moralmente erradas. A motivação *externa*, por outro lado, derivaria de uma esquiva do julgamento moral alheio que poderia existir diante de respostas ou atitudes consideradas preconceituosas.

Para o presente trabalho, sendo realizada uma pesquisa acerca da influência dos estereótipos de pacientes diagnosticados com transtornos mentais, é importante que se mantenha esse elemento em vista, uma vez que se supõe ser provável que a população estudada (i.e. psicoterapeutas e outros profissionais) tenha variações quanto aos níveis (i.e. o quão motivado o sujeito estaria para controlar o preconceito em sua resposta) e fontes (i.e. interna e externa) de motivação, o que faria com que essa variável pudesse influenciar os resultados obtidos. Além disso, a Análise do Comportamento corrobora a importância dada à distinção entre a motivação interna e externa ao falar sobre variáveis sociais controladoras, correspondentes à motivação externa, e variáveis presentes na história do sujeito, ou nas chamadas relações estímulo-estímulo (cf. Dougher et al., 2014), correspondente à motivação interna.

A motivação para controlar o preconceito corresponde ao elemento de afeto descrito pelo constructo do preconceito. Quando se fala em cognição, por outro lado, algumas pesquisas têm sido feitas relacionando estereótipos, preconceito e uma perspectiva essencialista dos transtornos mentais (Haslam, 2000; Haslam & Ernst, 2002; Ahn, Flanagan, Marsh, & Sanislow, 2006). Por conta dessa literatura proeminente, abordaremos essa perspectiva na próxima seção, a fim de entender como uma perspectiva essencialista dos transtornos mentais pode colaborar para um endossamento de estereótipos relacionados a clientes diagnosticados com transtornos mentais e possivelmente também para o preconceito contra esses clientes.

2.4. A perspectiva essencialista

A percepção do mundo a partir de categorias, sejam elas biológicas ou sociais, parece ser uma prática humana comum (Pereira, 2008). Ao fazer essa categorização, existe uma linha de pensamento que afirma que algumas categorias possuem algo em comum, um "tipo natural", que diz respeito a uma essência ou algo que todos os membros daquela categoria teriam em comum, que os definiria. Esse tipo de pensamento pode ser visto mais claramente em categorias biológicas. Sendo assim, pode-se pensar em peixes ou árvores, e se imaginar que ambas as categorias possuem características próprias, algo essencial que compartilham e que faz com que peixes sejam peixes e árvores sejam árvores. O pensamento que considera "tipos naturais" e uma essência intrínseca a membros de uma categoria é chamado de *essencialismo* (Haslam & Whelan, 2008).

Segundo Haslam, Bastian, Bain, & Kashima (2006), o essencialismo diz respeito a um ponto de vista que atribui uma natureza própria a membros de uma determinada categoria. Essa natureza seria fixa e própria daquela categoria e determinaria a identidade de seus membros, sendo responsável por explicar suas características visíveis e torná-los fundamentalmente similares. Dessa forma, seria possível fazer diversas inferências acerca de

qualquer membro pertencente a uma categoria a partir do momento em que se conhece sua essência.

A perspectiva científica trazida pela literatura procura se afastar da visão essencialista, mas parecem haver diversos indícios que mostram que o pensamento do senso comum, ao contrário, se aproxima dessa visão (Haslam, 2000; Haslam & Whelan, 2008). De acordo com Haslam & Whelan (2008), as pessoas em geral parecem assumir que existe uma essência comum a membros pertencentes a uma mesma categoria, ainda que não tenham evidências ou ideias sobre que essência seria essa.

Segundo Haslam, Rothschild, e Ernst (2000), uma visão essencialista acerca de categorias implicaria em quatro características: (1) a participação do membro em uma categoria seria considerada como *imutável*, ou seja, esse membro não poderia passar a fazer parte de outra categoria em outro momento, (2) também seria perceptivelmente *distinta*, no sentido de que as fronteiras entre a categoria em questão e outras seriam nítidas, (3) seria *informativa*, uma vez que forneceria informações sobre atitudes e comportamentos característicos dos membros de determinada categoria e, por fim, (4) seria *exclusiva*, já que um membro de uma categoria não pode pertencer a outra. Pertencer a um grupo seria então algo natural, que não poderia variar historicamente e traria consigo características uniformes e necessárias para o pertencimento àquela categoria.

De acordo com Prentice e Miller (2007), uma crença caracterizada pelo essencialismo se caracteriza por um *continuum*, podendo caracterizar mais ou menos a categoria a que se refere e variar de acordo com o tipo de sujeito e o contexto em que ele está inserido. Mesmo quando se fala em “tipos naturais”, a estrutura essencialista caracteriza algumas categorias mais fortemente que outras e poderia ser mais facilmente evocada por tarefas específicas.

A crença no pertencimento a uma categoria como algo fixo, imutável e prescritivo tem implicações na medida em que essa crença é aplicada não só a categorias biológicas como

também a categorias sociais. Pesquisas na área tem mostrado relações significativas entre crenças essencialistas e o endossamento de estereótipos de diversas categorias (cf. Bastian & Haslam, 2006; Prentice & Miller, 2007). Esses achados mostram que pessoas que tem uma visão mais essencialista parecem ter uma tendência maior a endossar estereótipos em geral (i.e. uma pessoa cuja visão é mais caracterizada pelo essencialismo estaria sob maior influência de estereótipos de categorias específicas, como, por exemplo, homossexuais). Tais produções implicam dizer que a essencialização de categorias sociais impacta diretamente na forma como a sociedade lida com o indivíduo que faz parte de uma categoria essencializada e em sua motivação para romper barreiras entre as categorias (Prentice & Miller, 2007).

Indivíduos diagnosticados com transtornos mentais fazem parte de uma categoria social que parece ser altamente essencializada; há cada vez mais produção na área que se propõe a estudar os transtornos mentais enquanto tipos naturais e categoria essencializada (Ahn et al., 2006; Haslam, 2000; Haslam & Ernst, 2002). Esses dados dão margem a uma reflexão sobre o papel da essencialização e, assim, do endossamento de estereótipos na clínica psicológica, uma vez que clínicos, assim como os clientes, estariam passíveis a esse tipo de visão.

2.5. Essencialismo e estereótipos relacionados a transtornos mentais

A literatura que discute visões essencialistas acerca de transtornos mentais é vasta e, em sua maioria, aborda essa discussão a partir da noção de *estigma*. Link & Phelan (2001) discutem a evolução deste conceito e seus contrapontos, propondo uma conceitualização que envolve quatro componentes: (1) a categorização das diferenças humanas, (2) a relação feita entre pessoas categorizadas e estereótipos negativos, (3) a separação das pessoas categorizadas, gerando a ideia de “nós” e “eles”, e (4) discriminação e perda de status.

O estereótipo, enquanto componente do estigma, é um elemento bastante presente nas pesquisas relacionadas a transtornos mentais. Estereótipos comumente atribuídos a pessoas

diagnosticadas com transtornos mentais estão relacionados principalmente com crenças de que são pessoas perigosas e difíceis de mudar, o que leva a atitudes de culpabilização dos sujeitos por suas dificuldades e rejeição social (Angermayer & Matschinger, 2003; Corrigan, 2000; Kvaale & Haslam, 2016).

Ainda que estejam também dentro do contexto do pensamento do senso comum, seria plausível supor que os clínicos teriam uma visão menos essencializada a respeito dos transtornos mentais, se comparados a pessoas leigas. Motivos para essa diferença poderiam ser desde o conhecimento acerca de alguns critérios arbitrários de inclusão e exclusão relacionados a diagnósticos do DSM até a experiência mais extensiva com pessoas de mesmo diagnóstico, mas com características pessoais variadas (Ahn et al., 2006). Por outro lado, estudos mostram que profissionais treinados de diversas áreas da saúde também respondem a estereótipos relacionados ao diagnóstico de transtorno mental (Keane, 1990; Lyons & Ziviani, 1995; Mirabi, Weinman, Magnetti & Keppler, 1985; Page, 1980).

O estudo de Ahn et al. (2006) foi o primeiro a procurar investigar a essencialização de transtornos mentais a partir de uma comparação com foco no psicoterapeuta. O estudo foi realizado comparando clínicos e estudantes e confirmou a hipótese de que os clínicos teriam uma visão menos essencializada. Os autores encorajam que mais estudos sejam feitos nesse sentido, promovendo também a discussão sobre as implicações desse tipo de crença. Um clínico que tenha crenças menos essencializadas, por exemplo, ao não considerar uma essência para o transtorno, poderia de alguma maneira culpar o cliente por não se recuperar bem. Por outro lado, um clínico com crenças mais essencializadas poderia atribuir menos responsabilidade e autonomia ao seu cliente a partir do momento em que reconhece características essenciais e imutáveis correspondentes àquela categoria (Ahn et al., 2006).

Um outro elemento discutido em estudos desse âmbito é a relação entre estigma e explicações biogenéticas (i.e explicações que colocam aspectos como predisposições

genéticas e desequilíbrio hormonal enquanto causa do transtorno mental). De acordo com Kvaale & Haslam (2016), explicações biogenéticas por um lado podem diminuir a culpabilização do sujeito diagnosticado, uma vez que a causa do transtorno é atribuída a algo que está fora do seu controle; por outro lado, esse tipo de explicação gera também um maior distanciamento social, a partir de uma diferenciação categórica entre normal e patológico, assim como fortalece a crença na imutabilidade da condição do sujeito.

Lebowitz & Ahn (2014) realizaram três estudos com psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, a fim de investigar a influência da atribuição de causas biogenéticas ao transtorno mental na empatia pelo paciente, a partir de vinhetas. Nesses estudos, casos de esquizofrenia, fobia social, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo foram descritos, acompanhados de explicações biológicas ou psicossociais (ou uma combinação das duas), e os profissionais deveriam escolher, a partir de uma lista, quais adjetivos melhor descreviam seus sentimentos com relação ao sujeito abordado. Os resultados desses estudos indicaram que as explicações biológicas têm impactos negativos na visão dos profissionais de saúde e que sentimentos de empatia por parte do profissional diminuem significativamente quando explicações biológicas são usadas, ainda que sejam acompanhadas de explicações psicossociais.

O presente estudo se propõe então a estudar a diferença entre psicólogos clínicos e profissionais de outras áreas em termos de cognições explícitas a respeito das primeiras impressões acerca de pessoas diagnosticados com transtornos mentais. Serão utilizadas dentro do estudo três escalas de crenças essencialistas propostas por Bastian e Haslam (2006), abordando bases biológicas, distintividade, e informatividade, a fim de investigar as diferenças na essencialização da categoria em questão entre psicoterapeutas e profissionais de outras áreas. Apesar do estudo semelhante realizado por Ahn et al. (2006) ter focado em estudantes, procura-se no presente trabalho comparar pessoas que tenham níveis de

conhecimento formal semelhante, a fim de observar melhor a influência do conhecimento específico do psicólogo clínico no fenômeno a ser observado.

2.6. Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Personalidade Borderline

Para a construção do presente trabalho, alguns pressupostos foram assumidos. Dentre eles, um de grande importância foi o de que pessoas que apresentassem características correspondentes às identificadas enquanto sintomas de transtornos psiquiátricos seriam tratadas de formas específicas. Para além disso, pessoas que apresentassem características identificadas enquanto sintomas de transtornos diferentes, seriam tratadas de formas diferentes. Foram utilizados três transtornos para ilustrar essa premissa: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Personalidade Borderline. Considerando a literatura, foi assumido um gradiente de impacto que os transtornos teriam sobre os participantes para esse trabalho a partir dos sintomas característicos de cada um (APA, 2013) e a tendência à estigmatização que o tipo de sintomatologia exibida provocaria a partir da literatura levantada e discutida até então. Todos os três transtornos utilizados, porém, apresentam características desafiadoras para um processo psicoterapêutico, a serem consideradas posteriormente.

Segundo Andrade, Walters, Gentil e Laurenti (2002), a depressão afeta aproximadamente 16% da população mundial ao longo da vida, e é o segundo transtorno mental mais frequente, sendo considerada um dos principais problemas de saúde pública. Seus sintomas envolvem perda de interesse em atividades antes consideradas prazerosas, distúrbios do sono, irritabilidade, entre outros (APA, 2013). Apesar da sua gravidade, o tipo de sintomas apresentados é menos estranho ao público geral e sua prevalência o torna mais conhecido. Angermeyer e Matschinger (2003) publicaram uma pesquisa sobre distância social com relação a pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e, segundo seus

resultados, a partir de uma comparação entre três transtornos, foi constatado que as pessoas apresentavam menor grau de rejeição e distanciamento social aos pacientes diagnosticados com depressão, quando comparados com os pacientes diagnosticados com os outros transtornos (dependência de álcool e esquizofrenia). Por outro lado, quando consideramos a perspectiva de psicólogos clínicos, Hirata (2015) coloca que pacientes com depressão muitas vezes apresentam baixa procura e aderência ao tratamento, - elemento muitas vezes associado ao preconceito e estigmatização do transtorno - o que pode se tornar um desafio para um curso de terapia com pacientes que apresentem esse tipo de sintomatologia.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) se tornou mais conhecido para o público geral através da mídia, sendo muito comumente retratado em filmes (Landeira-Fernandez & Cheniaux, 2009), e é considerado o quarto transtorno mental mais comum (OMS, 1998). Seus sintomas envolvem a ocorrência de pensamentos obsessivos e a tentativa de controle destes, assim como comportamentos repetitivos ou "atos mentais" direcionados à prevenção e/ou redução da ansiedade e pensamentos aversivos (APA, 2013). Segundo Ferrão et al. (2007), a literatura indica que cerca de 30% dos pacientes diagnosticados não alcançam os objetivos estabelecidos para o tratamento, muitas vezes tendo dificuldades de manter o apoio e o funcionamento familiar, o que pode trazer obstáculos e desafios para o psicólogo clínico engajado em um processo de psicoterapia de um paciente com TOC.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é o menos conhecido, dentre os três diagnósticos, para o público geral. Seus sintomas incluem impulsividade, instabilidade afetiva, dificuldades para controlar a raiva e esforços intensos para evitar um possível abandono (APA, 2013). O TPB tem se apresentado como um dos transtornos mais desafiadores para psicólogos clínicos, uma vez que os processos costumam envolver comportamentos de agressividade, manipulação e eventual abandono da terapia (Tanese, Yazigi, Fiore & Pitta, 2007). Características observadas por pesquisadores clínicos

caracterizam o paciente diagnosticado com TPB como “difícil” e comportamentos apresentados durante o processo, como elevação do tom de voz, alta frequência de queixas e desvalorização do outro podem contribuir para o afastamento não só do terapeuta, como também de pessoas do convívio social (Oshiro, 2011). Por conta dessas dificuldades, psicoterapeutas comumente vivenciam incômodo ao atender alguém diagnosticado com TPB (Neacsiu & Linehan, 2016) e essas dificuldades sociais motivaram a utilização desse diagnóstico na composição do instrumento de pesquisa do presente trabalho.

2.7. Problema e hipóteses

A partir do panorama apresentado, o trabalho parte do seguinte problema central:

Apesar do contexto onde os estereótipos relacionados a transtornos mentais se fazem presentes, imagina-se que o conhecimento técnico e a experiência do psicoterapeuta devem moldar sua perspectiva sobre tais transtornos. Sendo assim, os estereótipos relacionados a diagnósticos de transtornos mentais influenciam as primeiras impressões do psicoterapeuta acerca dos indivíduos diagnosticados?

Diante desse problema, apresentam-se seus desdobramentos, seguidos das hipóteses relacionadas a eles.

1- De que forma a presença do diagnóstico influencia a primeira impressão dos participantes acerca da pessoa descrita?

   Hipótese: Os participantes submetidos ao instrumento que contém a apresentação dos diagnósticos avaliarão suas primeiras impressões acerca da pessoa descrita de forma mais negativa (i.e. menor aproximação, maior afastamento e culpabilização), quando comparados aos participantes submetidos ao instrumento que não contém a apresentação dos diagnósticos, uma vez que os estereótipos relacionados aos transtornos mentais influenciariam para que a pessoa descrita fosse percebida de forma mais negativa;

2- De que forma o conhecimento técnico do psicoterapeuta influencia suas primeiras impressões acerca do caso relatado diante dos dois contextos avaliados?

Hipótese: Os psicoterapeutas avaliarão suas primeiras impressões acerca da pessoa descrita de forma mais positiva (i.e. maior aproximação, menor afastamento e culpabilização), quando comparados aos profissionais de outras áreas, em ambos contextos, uma vez que se assume que o conhecimento técnico e a experiência do psicoterapeuta contribuem para que ele esteja menos sob controle dos diagnósticos apresentados do que os outros profissionais.

3- De que forma o nível de essencialização das crenças pessoais influencia as primeiras impressões dos participantes acerca das pessoas descritas?

Hipótese: Quanto maior o grau de essencialização obtido através das escalas, tanto com relação a psicoterapeutas, quanto com relação a profissionais de outras áreas, mais negativas serão relatadas as primeiras impressões acerca da pessoa descrita no instrumento com diagnóstico, uma vez que a perspectiva essencialista implica em uma maior tendência a endossar os estereótipos relacionados a transtornos mentais.

4- De que forma a motivação para controlar o preconceito influencia as respostas dadas nos dois contextos avaliados?

Hipótese: Quanto maior o grau de motivação para controlar o preconceito, tanto com relação a psicoterapeutas, quanto com relação a profissionais de outras áreas, menor será a diferença entre respostas nas duas condições experimentais (com diagnóstico/sem diagnóstico), uma vez que a motivação para controlar o preconceito implicaria em respostas menos sensíveis à presença do diagnóstico e mais sensíveis às descrições dos casos em si.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Foi utilizado um desenho fatorial 2x2x3. O estudo conta com dois fatores de medidas independentes: presença versus a ausência de diagnóstico psiquiátrico e psicoterapeutas versus profissionais de outras áreas. O estudo conta com um terceiro fator de medidas repetidas, que é o tipo específico de diagnóstico (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Personalidade Borderline). O delineamento é caracterizado como experimental. As variáveis independentes (conhecimento técnico dos participantes e diagnósticos de transtornos mentais) foram manipuladas para criar grupos que difiram no nível dessas variáveis, mas, no que diz respeito a conhecimento técnico, parte-se de uma experiência prévia dos sujeitos e, portanto, não passível de controle por parte do experimentador. Os grupos serão então comparados quanto aos seus escores na variável dependente (primeiras impressões a respeito da pessoa descrita).

3.2. Participantes

Participaram do estudo 111 sujeitos, distribuídos em quatro grupos: 25 psicoterapeutas alocados na condição com diagnóstico; 28 psicoterapeutas alocados na condição sem diagnóstico; 25 profissionais de outras áreas alocados na condição com diagnóstico; 33 profissionais de outras áreas alocados na condição sem diagnóstico.

Os critérios de inclusão para psicoterapeutas foram: ter obtido grau de formação em Psicologia e tempo mínimo de dois anos de trabalho clínico, considerando atividade profissional e estágios obrigatórios em clínica durante a graduação. As variáveis gênero, idade e local de atuação foram controladas estatisticamente e não foi encontrada nenhuma relação significativa com os resultados obtidos. Foram excluídos participantes com outras formações ou com menos de dois anos de experiência clínica.

Para os profissionais de outras áreas, o critério de inclusão foi ter concluído a graduação em um curso fora da área de saúde. Foram excluídos participantes que declararam cursar/ter previamente cursado Psicologia ou cursos da área de saúde, ou que não tenham concluído os estudos de graduação.

3.3. Instrumentos

Foram utilizados questionários contendo descrições de pessoas hipotéticas, diante das quais os participantes responderam a uma série de afirmações acerca das suas primeiras impressões, baseados em uma escala de concordância. Os diagnósticos foram escolhidos em função de um gradiente de dificuldade de tratamento, considerando literatura e discussão. Foram escolhidos dois diagnósticos mais familiares ao senso comum (Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Obsessivo Compulsivo) e um menos familiar (Transtorno de Personalidade Borderline) a fim de avaliar a influência da presença de um diagnóstico em si, ainda que o participante pudesse desconhecer suas características específicas. O gênero das pessoas foi determinado de acordo com a maior prevalência em cada diagnóstico.

O instrumento, após a elaboração, passou por avaliação face a face com psicoterapeutas, a fim de se validar as descrições relacionadas a diagnósticos, assim como confirmar as escolhas de diagnóstico e gênero de cada pessoa descrita. Essa avaliação foi feita também com pessoas sem formação especializada em psicoterapia, com a finalidade de verificar o entendimento das afirmações e a adequação do instrumento ao fim pretendido.

Em função das sugestões dos avaliadores, foram feitas modificações em relação à formulação de alguns itens, como, por exemplo, a reformulação de sentenças com enunciados negativos (i.e: “não me sinto inclinado a me aproximar de pessoas como X” foi substituído por “tendo a me afastar de pessoas como X”). A escala de resposta também foi revista, uma vez que os avaliadores relataram confusão com a gradação apresentada (discordo totalmente, discordo parcialmente, discordo, concordo, concordo parcialmente, concordo totalmente). Foi

feita uma substituição por uma escala de 1 a 7, onde o participante pode marcar qualquer um dos números inteiros em gradiente (considerando que 1 equivale a “discordo totalmente” e 7 a “concordo totalmente), o que será importante também para que o instrumento seja mais sensível às diferenças de respostas entre psicoterapeutas e profissionais de outras áreas.

A partir da avaliação dos juízes, os diagnósticos foram mantidos e sua adequação foi atestada. Foram também acrescentadas 6 questões de fixação ao final do instrumento, a fim de avaliar se o participante de fato esteve atento às descrições. Foram eliminados participantes que não obtiveram um mínimo de 3 acertos dentre as 6 questões de fixação.

Além do instrumento principal, foram utilizados: uma escala de essencialização composta por três subescalas, propostas por Bastian & Haslam (2006), a escala de motivações para controlar o preconceito, proposta por Plant & Devine (1998), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um questionário sociodemográfico.

A partir de análises de consistência interna, verificou-se que a única subescala que apresentou consistência por si só foi a relativa a bases biológicas (alfa de 0,841). Para o teste das hipóteses, foram utilizadas, portanto, essa subescala, assim como a escala maior contendo todos os itens, que também se apresentou consistente (alfa de 0,774).

A escala de motivações para controlar o preconceito passou por adaptação em suas opções de resposta, uma vez que eram idênticas às do instrumento de primeiras impressões e identificadas como confusas. Dessa forma, as opções foram substituídas por uma nova gradação: discordo totalmente, discordo parcialmente, não discordo nem concordo, concordo parcialmente e concordo totalmente.

Para além disso, dois itens (“Eu tenho o cuidado em não ofender meus amigos, mas não me importo em ofender pessoas que não conheço ou não gosto” e “Eu fico irritado comigo mesmo quando tenho um pensamento ou sentimento que pode ser considerado

preconceituoso“) foram removidos da escala para aumentar sua consistência interna, embora esta ainda tenha permanecido abaixo do desejado (alfa de 0,555).

3.4. Procedimentos

Para o estabelecimento dos grupos, o contato com os participantes do grupo composto por psicólogos foi feito através de: contato por e-mail estabelecido com as psicólogas responsáveis pelo Instituto Transformação e divulgado através de sua lista de contatos; contato via redes sociais (Whatsapp e Facebook) com responsáveis por grupos de Análise do Comportamento e divulgação através dos contatos vinculados a eles; divulgação em evento local de Análise do Comportamento.

O contato com o grupo de profissionais de outras áreas foi feito a partir de representantes da empresa de engenharia Qualidados e do órgão público COGEL e via redes sociais (Whatsapp e Facebook).

Durante sua participação, os participantes foram divididos randomicamente em dois grupos, compostos tanto por psicoterapeutas quanto por profissionais de outras áreas. Um grupo recebeu o instrumento contendo três descrições de pessoas hipotéticas, acompanhadas do diagnóstico psiquiátrico de cada uma; o outro grupo recebeu o mesmo instrumento, porém sem o diagnóstico. A ordem das três descrições apresentados foi aleatória, a fim de controlar o efeito de ordem. A aplicação dos questionários foi feita on-line, a partir da plataforma Unipark. A partir da plataforma, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, ao aceitarem participar da pesquisa, responderam ao instrumento de avaliação das primeiras impressões. Após responderem ao instrumento, os participantes passaram pelas escalas de motivação para controlar preconceito e essencialização e, por fim, tiveram acesso ao questionário sociodemográfico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a presente pesquisa foram coletados dados de 111 participantes. A amostra coletada foi testada a fim de determinar se apresenta distribuição adequada dos participantes por condição. A partir do teste qui-quadrado, se verificou que a contagem obtida pela amostra foi significativamente próxima à contagem esperada para os 4 grupos (psicólogos na situação com diagnóstico, psicólogos na situação sem diagnóstico, profissionais de outras áreas na situação com diagnóstico e profissionais de outras áreas na situação sem diagnóstico). A contagem esperada para cada grupo respectivamente foi de: 23,9; 29,1; 26,1; 31,9. A contagem obtida para grupo respectivamente foi de: 25; 28; 25; 33.

Com relação aos dados demográficos, a amostra se caracteriza conforme a tabela abaixo:

Tabela 1: *Características Demográficas dos Participantes (n=111)*

Sexo	
Mulheres	64 (57,7%)
Homens	47 (42,3%)
Idade	M=34,3 (DP=11,6)
Estado civil	
Solteiro (a)	60 (54,5%)
Casado (a)	45 (40,9%)
Divorciado (a)	4 (3,6%)
Sem resposta	1 (0,9 %)
Religião	
Católica	24 (21,8%)
Evangélica	9 (8,2%)
Espírita	15 (13,6%)
Candomblé	2 (1,8%)
Ateu/agnóstico	42 (38,2%)

Outra	18 (16,4%)
Renda familiar mensal (em salários mínimos)	
1 a 3	9 (8,2%)
3 a 6	25 (22,7%)
6 a 9	20 (18,2%)
9 a 12	11 (10,0%)
12 a 15	14 (12,7%)
Mais de 15	31 (28,2%)
Graduação	
Psicologia	53 (47,7%)
Outras áreas	58 (52,3%)
Tempo de formado (em anos)	M=10,0 (DP=10,9)
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico	
Sim	29 (26,1%)
Não	82 (73,9%)
Diagnóstico em amigos ou familiares	
Sim	71 (64,0%)
Não	40 (36,0%)

Como pode ser visto na tabela 1, o grupo se caracteriza por uma proporção maior de mulheres com relação ao número de homens (57,7% de mulheres e 42,3% de homens). A média de idade dos participantes é de 34,3 anos, com desvio-padrão indicando uma variação de respostas entre 22,7 e 45,9 anos. Com relação ao estado civil, 60 (54,5%) participantes (dentre os que responderam à questão) relataram ser solteiros, 45 (40,9%) casados, 4 (3,6%) divorciados e 1 (0,9%) viúvo.

Os participantes responderam sobre sua religião e, dentre as opções disponíveis, foi verificado que a maioria deles relata ser ateia/agnóstica (38,2%) ou católica (21,8%). 18 participantes (16,4%) ainda relataram pertencer a outras religiões, como budista, judaica, entre outras. Com relação à renda mensal, avaliada em salários mínimos, a maioria dos participantes relata ter renda maior que 15 salários mínimos (28,2%).

No que diz respeito à principal variável demográfica de comparação, 53 participantes (47,7%) relataram possuir graduação completa em Psicologia, enquanto 58 (52,3%) relataram possuir graduação completa em outras áreas, como Direito, Engenharia e Administração. A média de tempo de formado dos participantes é de 10 anos.

Considerando ser uma variável importante que pode influenciar nas respostas dadas na avaliação de primeiras impressões, foi questionado aos participantes se eles já haviam sido diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico. A partir das respostas, foi verificado que a maioria dos participantes da amostra coletada até esse ponto nunca foi diagnosticada (73,9%). Por outro lado, quando foi questionado se os participantes teriam familiares ou amigos próximos que já foram diagnosticados com algum transtorno, a maioria dos participantes relata ter algum familiar ou amigo próximo que já foi diagnosticado com um transtorno psiquiátrico (64,0%). Dentre os transtornos relatados em ambas as questões, os mais frequentes foram relacionados a depressão e ansiedade.

O instrumento utilizado apresentava, diante de participantes formados tanto em Psicologia quanto em outras áreas, duas possibilidades: descrições de caso com a presença do diagnóstico ou sem a presença do diagnóstico. Os sintomas e características utilizados para descrição de cada personagem apresentado seguiram os critérios considerados pelo DSM-V (APA, 2013) e os casos foram estruturados da seguinte forma: a personagem Carla apresentava os sintomas característicos do Transtorno Depressivo Maior, Renato apresentava sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo e Laura apresentava sintomas do Transtorno

de Personalidade Borderline. Os participantes responderam de acordo com suas primeiras impressões acerca do personagem em uma escala que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A pressuposição de que os três personagens seriam tratados de formas diferentes devido às suas características foi confirmada, uma vez que dentre os 14 itens apresentados no instrumento, em apenas 2 as médias respectivas a cada personagem não apresentaram diferenças significativas, independente da presença ou ausência do rótulo explícito do diagnóstico.

Para a compreensão dos resultados, um ponto de partida estratégico e que obteve respostas altas (próximas da concordância total) para todos os personagens foi o item que afirma que Carla/Renato/Laura precisa de ajuda. Para a análise, foi feito um teste t de Student para amostras emparelhadas. Os itens de cada personagem foram combinados entre si de modo a obter a significância e o tamanho do efeito de cada par, a partir de uma hipótese bicaudal. As respostas obtidas indicaram que, embora as médias obtidas para Carla (TDM; M=5,94; DP=1,433) e Renato (TOC; M=5,90; DP=1,566) sejam bastante semelhantes ($p=0,673$; $d=0,041$), a média para Laura (TPB; M=6,40; DP=1,203) é significativamente mais alta em comparação a Carla ($p<0,001$; $d=-0,428$) e em comparação a Renato ($p<0,001$; $d=-0,359$). Dessa maneira, se for assumido que a pessoa que mais precisa de ajuda é a que possui um transtorno mais grave, as respostas obtidas nesse item, apesar de não diferenciarem entre o TDM e o TOC, corroboram a ideia de que o Transtorno de Personalidade Borderline é visto como mais grave dentre os três.

Foi realizado também um ANOVA de medidas repetidas, utilizando como variáveis dependentes os itens para os três personagens (i.e. Carla/Renato/Laura precisa de ajuda) e como variáveis independentes a condição (i.e. com e sem diagnóstico) e a formação do participante (i.e. psicólogo ou profissional de outra área). A partir dos resultados dessa análise foi possível verificar que o efeito do rótulo diagnóstico não se fez presente no que diz

respeito à necessidade de ajuda ($Z_{(1,103)}$=0,384; p=0,537; n2=0,004), embora a diferença entre personagens tenha se mostrado significativa ($Z_{(2,102)}$=11,451; p<0,001; n2=0,183) na direção anteriormente indicada, mostrando que, independente da presença do diagnóstico explícito, a diferença de características apresentadas pelas três pessoas já gera diferentes impressões nos participantes.

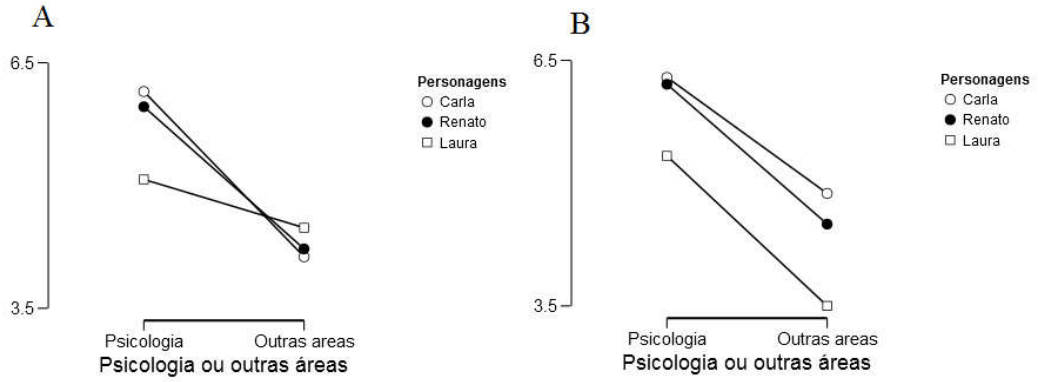
Com relação ao segundo fator entre assuntos avaliado – a formação do participante -, a análise indicou que existiram diferenças significativas entre as respostas dadas por psicólogos e por profissionais leigos com relação à Psicologia ($Z_{(1,103)}$=4,018; p=0,048; n2=0,038). As médias para cada personagem indicaram que psicólogos sistematicamente relatavam mais concordância com a assertiva de que Carla, Renato e Laura precisam de ajuda, quando comparados aos leigos, independente da presença do rótulo diagnóstico. Esse efeito pode ser justificado pela própria inserção na área, considerando que profissionais de Psicologia estariam mais sensíveis a questões de outros e mais propensos a indicar a necessidade de ajuda.

Dentro da concepção de ajuda, podemos pensar em dois caminhos: ajuda em nível pessoal e em nível profissional. No que diz respeito a um nível pessoal, um item no instrumento procurou avaliar em que grau existiria uma motivação do participante para ajudar os personagens. O padrão de respostas a esse item se assemelhou ao item anterior, uma vez que, utilizando o teste *t* de Student para amostras pareadas, foi possível verificar que as respostas direcionadas a Carla (TDM; M=5,32; DP=1,723) e Renato (TOC; M=5,14; DP=1,645) foram bastante semelhantes (p=0,365; d=0,088), enquanto as respostas direcionadas a Laura (TPB; M=4,59; DP=1,878) foram mais baixas, ainda que acima da média, com diferença considerada significativa em comparação a Carla (p<0,001; d=0,388) e em comparação a Renato (p=0,001; d=-0,316), indicando que os participantes estariam motivados a ajudá-la, mas não tanto quanto estariam motivados a ajudar Carla ou Renato.

Esses dados vão novamente em acordo com a literatura, uma vez que pessoas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline são relatadas como de “difícil manejo”, exigindo maior habilidade e gasto de energia durante o processo de ajuda e aproximação (Oshiro, 2011).

A partir da análise de um ANOVA para medidas repetidas, novamente o efeito da rotulação diagnóstica para esse item não se mostrou significativo ($Z_{(1,102)}$=0,222; p=0,639; n2=0,002), embora os personagens tenham mostrado diferenças significativas entre si ($Z_{(2,101)}$=11,308; p<0,001; n2=0,183). Por outro lado, é possível notar que especificamente as respostas direcionadas ao Borderline sofreram a seguinte mudança: sem a presença explícita do diagnóstico, pessoas leigas relataram maior motivação para ajudar Laura do que Carla ou Renato, enquanto psicólogos mantém a ordem esperada pelos achados da literatura (maior aproximação com relação a Carla, então Renato e, por último, Laura). Porém, quando verificamos a condição com a presença do rótulo diagnóstico, pessoas leigas passam a apresentar o mesmo padrão que psicólogos, relatando menor motivação para ajudar Laura, quando comparada com os outros personagens, conforme evidenciado na Figura 1.

Figura 1: *Gráficos indicando o impacto do rótulo diagnóstico nas respostas dadas com relação à motivação para ajudar os personagens nas condições sem (A) e com (B) diagnóstico, conforme resultados obtidos através de ANOVA para medidas repetidas.*



É possível que esse efeito tenha se dado pelas próprias características já associadas ao diagnóstico. Por outro lado, considerando que o TPB é menos conhecido fora da área de saúde, esse efeito poderia também ser atribuído à apresentação de um diagnóstico menos conhecido, considerando que a própria presença de um diagnóstico pode exacerbar o estigma relacionado a transtornos mentais, aumentando a percepção do sujeito enquanto alguém "diferente" e pertencente a uma outra categoria (Corrigan, 2007).

Com relação à formação, a partir de um ANOVA para medidas repetidas foi possível verificar diferenças significativas entre respostas de psicólogos e leigos ($Z_{(1,102)}$=41,029; p<0,001; n2=0,287), uma vez que os psicólogos apresentaram escores de concordância com o item (i.e. sentir motivação para ajudar) significativamente mais altos para todos os personagens. Esse dado corrobora a importância da formação técnica em Psicologia no sentido de desenvolver um senso de empatia e cuidado com o outro e destacando a necessidade de tal formação para o trabalho na clínica psicoterápica.

Seguindo o sentido de ajuda pessoal e aproximação dos personagens descritos, um item descreve a possibilidade de Carla, Renato e Laura fazerem parte do círculo de amigos do participante. Para esse item, foi utilizado um teste t de Student para uma amostra (aplicado aos itens relativos a cada um dos três personagens), considerando a média do instrumento como 4 para uma hipótese bicaudal. Foi verificado então que as respostas direcionadas a Laura (TPB) não se diferenciaram da média ($t_{(109)}$=1,757; p=0,082; d=0,168), indicando que os participantes não concordaram nem discordaram expressivamente da afirmação. Com relação a Renato (TOC), os escores indicaram que os participantes tenderam a concordar e afirmar que ele poderia fazer parte de seu círculo de amigos (M=5,19; DP=1,499) embora não como Carla (TDM), cujos escores foram os mais altos dentre os três personagens (M=5,75; DP=1,335). Esses dados parecem indicar que o paciente diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior seria o mais aceito socialmente, assim como foi discutido na

pesquisa de Angermeyer e Matschinger (2003), que evidenciava que esses pacientes tiveram menor grau de distanciamento social e rejeição, quando comparados a pacientes diagnosticados com transtornos relacionados a esquizofrenia e dependência de álcool.

Embora, a partir da análise através do ANOVA de medidas repetidas, os três personagens tenham se mostrado diferentes entre si com relação a esse item ($Z_{(2,101)}$=41,933; p<0,001; n2=0,454), o rótulo diagnóstico pareceu não exercer efeito significativo sobre as respostas dadas ($Z_{(1,102)}$=1,482; p=0,226; n2=0,014), demonstrando que o possível pertencimento do personagem a um círculo social próximo ao participante parece depender menos da presença ou ausência de um diagnóstico e mais do tipo de características psicológicas e comportamentais descritas sobre cada personagem do estudo.

A formação técnica, por outro lado, se mostrou relevante, a partir do ANOVA, para o tipo de respostas dadas ($Z_{(1,102)}$=4,833; p=0,030; n2=0,045), apresentando efeito à parte obtido através de um ANOVA unidirecional realizado para o item relativo a Laura, considerando a formação técnica enquanto fator ($Z_{(1,106)}$=4,777; p=0.031; n2=0.043). Psicólogos apresentaram respostas sistematicamente mais altas no que diz respeito à concordância com a afirmação de que Laura poderia fazer parte de seu círculo de amigos, independente do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline estar presente ou não. Esses dados parecem ir de acordo com os achados de Cooper e Marsh (2015) que, em sua pesquisa sobre a influência da *expertise* em comportamentos e atitudes direcionadas a pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, indicaram que a experiência de trabalhar com pessoas diagnosticadas seria suficiente para mudar crenças e atitudes relacionadas ao tratamento e que a formação técnica extensiva do psicólogo clínico poderia contribuir para modificar crenças relacionadas aos transtornos de maneira geral.

Um último item que se aproxima dessa perspectiva de ajuda pessoal diz respeito à qualidade de relação que o participante julga ser possível de ser estabelecida entre ele e o personagem descrito. A variação dos escores vai desde uma relação instável, caracterizada por sentimentos de incômodo e pouca intimidade (valor 1), até uma relação mais estável, caracterizada por bastante afeto e intimidade (valor 7). As respostas relacionadas a esse item apresentaram correlações com os dois itens anteriores entre os personagens: o possível pertencimento do personagem ao círculo de amigos do participante (R^2_{Carla}=0,471; p_{Carla}<0,001; R^2_{Renato}=0,482; p_{Renato}<0,001; R^2_{Laura}=0,471; p_{Laura}<0,001) e a motivação deste último para ajudar o primeiro (R^2_{Carla}=0,309; p_{Carla}=0,001; R^2_{Renato}=0,029; p_{Renato}=0,762; R^2_{Laura}=0,394; p_{Laura}<0,001), indicando uma tendência comum à aproximação, na medida em que quanto melhor a relação que poderia ser estabelecida entre o participante e o personagem, mais provável seria que os dois pudessem estar no mesmo círculo de amigos e mais motivado o participante estaria para ajudar o personagem.

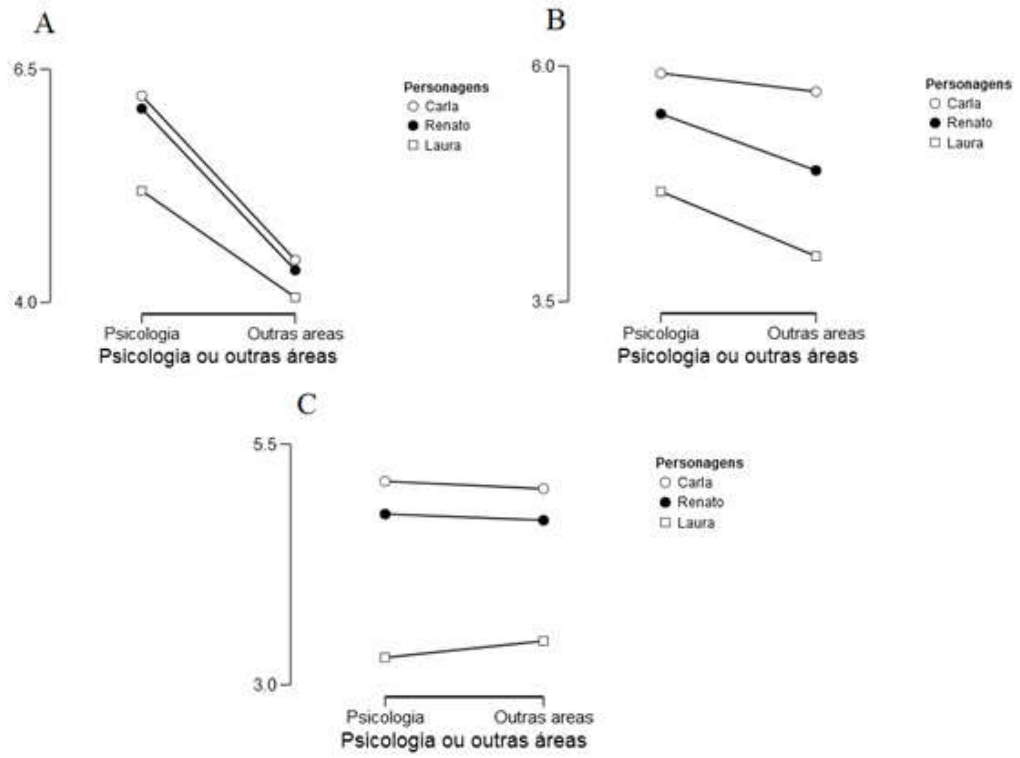
Assim como os dois outros itens, o que se refere ao tipo de relação que poderia ser estabelecida apresenta diferença significativa entre os personagens, conforme dados obtidos através de um ANOVA para medidas repetidas ($Z_{(2, 103)}$=72.698; p < 0.001; n2= 0.585). Os escores mais altos foram direcionados a Carla (M=5,04, DP=1,299), indicando uma relação de maior intimidade, seguida por Renato (M=4,73; DP=1,348). Diferenças significativas foram encontradas com relação aos escores de Laura, que se situam abaixo da média (M=3,35, DP=1,384), indicando uma relação de menor intimidade.

Por outro lado, diferente dos outros itens, foi identificado a partir do ANOVA para medidas repetidas que nem o rótulo diagnóstico ($Z_{(1,104)}$=0,006; p=0,940; n2=0,000) nem a formação técnica ($Z_{(1,104)}$=0,003; p=0,957; n2=0,000) tiveram efeito nas respostas para esse item. Pode-se imaginar que essa questão se direcione mais a um caráter pessoal, distanciando os participantes psicólogos de sua formação e aproximando as respostas de um contexto mais

pessoal, fazendo com que o conhecimento e vivência específicos da Psicologia tenham menos influência sobre as respostas. Com relação ao diagnóstico, esse item se contrapõe à literatura abordada acerca de transtornos mentais e distanciamento social, na medida em que não trouxe variações na aproximação com a presença do diagnóstico.

Os três últimos itens discutidos até então (motivação para ajudar, pertencimento ao círculo de amigos e qualidade de relação) parecem ter em comum a tendência à aproximação dos personagens. Os três itens se comportaram de forma semelhante, com respostas próximas dirigidas a Carla (TDM) e Renato (TOC) e mais distintas quando dirigidas a Laura (TPB). Assim, parece razoável concluir que, embora a presença do rótulo diagnóstico não pareça ter grande influência sobre relatos de aproximação dos personagens, os diferentes diagnósticos exercem influência sólida, destacando uma dificuldade maior de aproximação constante relacionada ao Borderline, tendência que confirma os dados da literatura já discutida até então. Além disso, dois dos três itens citados indicam uma maior tendência a aproximação por parte dos psicólogos. Esses diferentes efeitos são retomados na figura 2 a seguir.

Figura 2: *Gráficos apresentando o efeito da formação técnica nas respostas dadas para cada personagem nos itens "Sinto-me motivado a ajudar Carla/Renato/Laura" (A) e "Carla/Renato/Laura é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos" (B), e no item relativo ao tipo de relação que poderia ser estabelecida com Carla/Renato/Laura (C), conforme resultados obtidos através de ANOVA para medidas repetidas.*



Após a consideração dos itens relacionados à ajuda em nível pessoal, isto é, à tendência de aproximação (o que poderia refletir na tendência de aproximação de pessoas do círculo social de uma pessoa com transtorno mental), considera-se a ajuda em nível profissional. Nesse sentido, um dos itens trabalhados afirma que Carla, Renato ou Laura precisam de ajuda profissional. Para esse item o padrão foi um pouco diferente dos anteriores: as respostas para todos os três personagens foram acima da média, indicando que os participantes acreditam que todos precisam de ajuda profissional. Dentre os três, as médias de respostas dadas para Carla (M=5,75; DP=1,375) ficaram abaixo das médias de resposta

dadas para Renato (M=5,99; DP=1,385) e Laura (M=6,24; DP=1,334), cujas médias se mostraram próximas, a partir do teste t de Student para amostras pareadas (p=0,088; d=-0,164). Uma possibilidade é que isso seja atribuído à familiaridade dos sintomas e sua frequência de ocorrência na população (Andrade et al., 2002), levando à naturalização do transtorno.

Para os três personagens, a atribuição da necessidade de ajuda profissional obteve correlação negativa significativa com a afirmação de que a melhora dependeria da própria persistência e esforço da pessoa (R^2_{Carla}=-0,412; p_{Carla}<0,001; R^2_{Renato}=-0,333; p_{Renato}<0,001; R^{2Laura}=-0,289; p_{Laura}=0,002). Para alguns dos personagens, a atribuição de necessidade de ajuda profissional de cada personagem se mostrou correlacionada com dois outros itens que apresentam ideias de responsabilização ou não do próprio sujeito pela sua melhora: "se X parar de focar nos problemas eles desaparecerão" (R^2_{Renato}=-0,191; p_{Renato}=0,046; R^2_{Laura}=-0,214; p_{Laura}=0,025) e X precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para passar por esse momento difícil (R^2_{Carla}=0,330; p_{Carla}<0,001; R^2_{Renato}=0,355; p_{Renato}<0,001). Considerando todos os três itens, os dados parecem indicar que a maior necessidade de ajuda profissional estaria ligada à percepção do sujeito enquanto tendo pouco controle sobre sua própria melhora.

Para o item relacionado à ajuda profissional não houve influência do diagnóstico explícito segundo um ANOVA para medidas repetidas ($Z_{(1,104)}$=1,346; p=0,249; n2=0,013), o que indica que a percepção da necessidade de ajuda profissional dependeria mais das características específicas apresentadas entre personagens, cujo efeito encontrado foi significativo, na direção especificada anteriormente ($Z_{(2, 103)}$=12.237; p<0,001; n2=0,192). No que diz respeito à formação, também não foram encontradas diferenças significativas ($Z_{(1,104)}$=2,792; p=0,098; n2=0,026).

A partir da correlação negativa entre a crença na necessidade de ajuda profissional e a afirmação de que a melhora daquele personagem dependeria somente da sua própria persistência e esforço pode-se inferir que, considerando que as respostas para o primeiro item se encontravam acima da média (para os três personagens), as respostas para o segundo (i.e. melhora depende somente da própria persistência e esforço) se encontram abaixo, o que foi confirmado pelos dados (M_{Carla}=2,59; DP_{Carla}=1,859; M_{Renato}=2,57; DP_{Renato}=1,723; M_{Laura}=2,58; DP_{Laura}=1,789). Ao contrário do anterior, porém, não foram encontradas, a partir do ANOVA para medidas repetidas, diferenças significativas entre as respostas dadas entre personagens ($Z_{(2,102)}$=0,103; p=0,902; n2=0,002), indicando que, independente dos sintomas e características pessoais, os participantes não acreditam que a melhora seja apenas de responsabilidade da pessoa que passa por dificuldades.

A noção de responsabilização não se mostrou dependente do diagnóstico explícito, indicando que, ao contrário do que indica a literatura (Rüsch, Todd, Bodenhausen & Corrigan, 2010), os participantes não responsabilizaram mais o personagem pela sua condição quando ele era rotulado com um transtorno mental ($Z_{(1,103)}$=0,029; p=0,864; n2=0,000). Por outro lado, houve uma tendência a partir da formação dos participantes ($Z_{(1,103)}$=29,931; p<0,001; n2=0,225), sendo possível observar que, ainda que as respostas dos dois grupos mostrem discordância com a afirmação, as respostas dadas pelos leigos são consideravelmente mais altas, se aproximando da média. Parece razoável assumir que esse efeito seria consequência da formação e experiência do psicólogo clínico, considerando o foco e importância dado ao contexto – e não somente ao indivíduo - enquanto aspecto essencial a ser considerado para entender o comportamento, dentre diversas linhas teóricas (Messer, Tishby & Spillman, 1992; Kanter, Busch & Rusch, 2009; Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Essas considerações podem ser relevantes também para explicar outro item que apresenta a ideia de responsabilização do sujeito pela sua própria melhora: se X parar de focar em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão. Os resultados obtidos para esse item são consistentes com os encontrados para o item anterior, confirmando que houve uma baixa responsabilização dos personagens pelos participantes (M_{Carla}=2,44; DP_{Carla}=1,823; M_{Renato}=2,77; DP_{Renato}=1,885; M_{Laura}=2,28; DP_{Laura}=1,716), especialmente pelos psicólogos, cujas respostas foram significativamente mais baixas do que as dadas pelos leigos em ambas as condições ($Z_{(1,109)}$=21,071; p<0,001; n2=0,173), segundo análise ANOVA para medidas repetidas.

Porém, algumas peculiaridades foram encontradas no que diz respeito a esse item: enquanto as respostas dadas para Carla e Laura foram semelhantes, as dadas para Renato se mostraram mais altas, ainda que também abaixo da média. Esse resultado poderia indicar que os participantes acreditam que uma pessoa com os sintomas de Transtorno Obsessivo Compulsivo teria mais controle sobre seus problemas, quando comparadas a pessoas com outros diagnósticos. Uma possibilidade é que isso se relacione ao tipo da sintomatologia exibida e à ocasional variação de frequência e gravidade desses sintomas (Torres & Smaira, 2001), podendo sugerir – ainda que erroneamente - que a pessoa tenha mais controle sobre o que passa com ela. Essa concepção pode ter sido reforçada pelo fato da descrição representar Renato como funcional em uma área importante da sua vida (i.e: trabalho).

Outra peculiaridade exibida por esse item foi a influência significativa das duas variáveis independentes: diagnóstico e formação técnica. Os participantes que responderam a esse item dentro da condição que exibia a rotulação diagnóstica (tanto leigos quanto psicólogos) deram respostas consistentemente mais altas se comparados aos que responderam na condição sem a rotulação ($Z_{(1,101)}$=6,662; p=0.011; n2= 0,062), segundo a análise feita através de um ANOVA para medidas repetidas, embora ambas as respostas tenham ficado

abaixo da média. Esse dado parece indicar que, apesar de os personagens não terem sido considerados “culpados” pela sua condição, existe nesse item uma concepção por parte dos participantes de que pessoas que foram diagnosticadas teriam mais responsabilidade por seus problemas, quando comparadas a pessoas que não tiveram diagnóstico, se aproximando dos achados na literatura a respeito de transtornos mentais e estigmatização (Rüsch et al., 2010).

Um último item que parece estar ligado ao papel do sujeito na sua própria melhora diz respeito ao imperativo de que ele precisa se livrar de seus sentimentos e pensamentos ruins para que possa ter uma vida melhor. A partir da realização do teste *t* para medidas repetidas foi possível verificar que não houve diferença significativa entre Carla e Renato (p=0,055; d=-0,185), Carla e Laura (p=0,179; d=-0,130) ou Renato e Laura (p=0,436; d=0,075), indicando que as características pessoais dos personagens não tiveram muita influência ao determinar a necessidade do indivíduo de eliminar seus sentimentos e pensamentos ruins. O mesmo pode ser dito com relação ao diagnóstico explícito, a partir da realização de um teste ANOVA para medidas repetidas ($Z_{(1,104)}$=0,124; p=0,726; n2=0,001). Porém, ao analisar o efeito da formação técnica, verificou-se diferença substancial: as respostas dadas por leigos se encontraram significativamente acima da média, expressando concordância, enquanto as respostas dadas por psicólogos se encontraram abaixo, expressando discordância com a afirmação ($Z_{(1,104)}$=79,782; p<0.001; n2=0,434).

Para além da problemática da responsabilização, o item em questão se relaciona a uma necessidade de afastar a pessoa que está com problemas de estímulos que possam ser difíceis ou dolorosos. Essa tendência de afastar o sofrimento a qualquer custo parece ser uma tendência comum da cultura ocidental (Skinner, 1987); psicoterapeutas, por outro lado, vem tentando trabalhar em um sentido oposto (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). Tem sido cada vez mais aceita a ideia de que a psicoterapia não deve ir na direção de estimular a fuga de eventos aversivos, mas de promover o enfrentamento e a aproximação, mantendo o foco no

que é importante e valoroso (Fortes, 2009; Hayes, 1987; Skinner, 1987), o que pode ter sido um fator predominante para justificar a diferença entre as respostas dadas pelos participantes psicólogos e de diferentes formações.

Considerando essa premissa, foi avaliado um item que afirma que o personagem pode ter qualidade de vida ainda que os pensamentos e sentimentos ruins não despareçam completamente, trazendo a perspectiva oposta ao item anterior. As respostas para esse item, seja dada por psicólogos, seja por leigos, se encontraram acima da média para os três personagens, mas especificamente mais altas quando relacionadas a Renato (TOC) (M_{Carla}=5,67; DP_{Carla}=1,775; M_{Renato}=5,96; DP_{Renato}=1,495; M_{Laura}=5,59; DP_{Laura}=1,648). A partir da ANOVA para medidas repetidas, foi verificado que o rótulo diagnóstico não exerceu influência significativa sobre essas respostas ($Z_{(1,101)}$=0,119; p=0,731; n2=0,001), levando à hipótese de que essa diferença pode ter sido acentuada pela descrição do personagem, que aborda um aspecto de preocupação e responsabilidade que pode ser especificamente útil em ambientes como o de trabalho, transmitindo a imagem de um indivíduo funcional em ao menos uma esfera de sua vida, mesmo com os seus sintomas.

Para além disso, novamente a formação técnica exerceu influência significativa sobre as avaliações ($Z_{(1,101)}$=27,274; p<0,001; n2=0,213), em linha com a premissa estabelecida a partir do item anterior. Embora as respostas tanto dadas por leigos quanto por psicólogos estejam acima da média, as respostas do primeiro grupo (M_{Carla}=5,02 DP_{Carla}=1,848; M_{Renato}=5,46 DP_{Renato}=1,679; M_{Laura}=4,87; DP_{Laura}=1,843) foram significativamente mais baixas que as do segundo (M_{Carla}=6,41; DP_{Carla}=1,299; M_{Renato}=6,53; DP_{Renato}=1,120; M_{Laura}=6,35; DP_{Laura}=0,996) para as duas condições, fortalecendo a perspectiva da fuga do sofrimento como algo popularmente perseguido, e trazendo a possibilidade de haver qualidade de vida mesmo na presença do sofrimento como uma ideia menos aceita por indivíduos fora da comunidade de formação psicológica (Hayes et al., 2011).

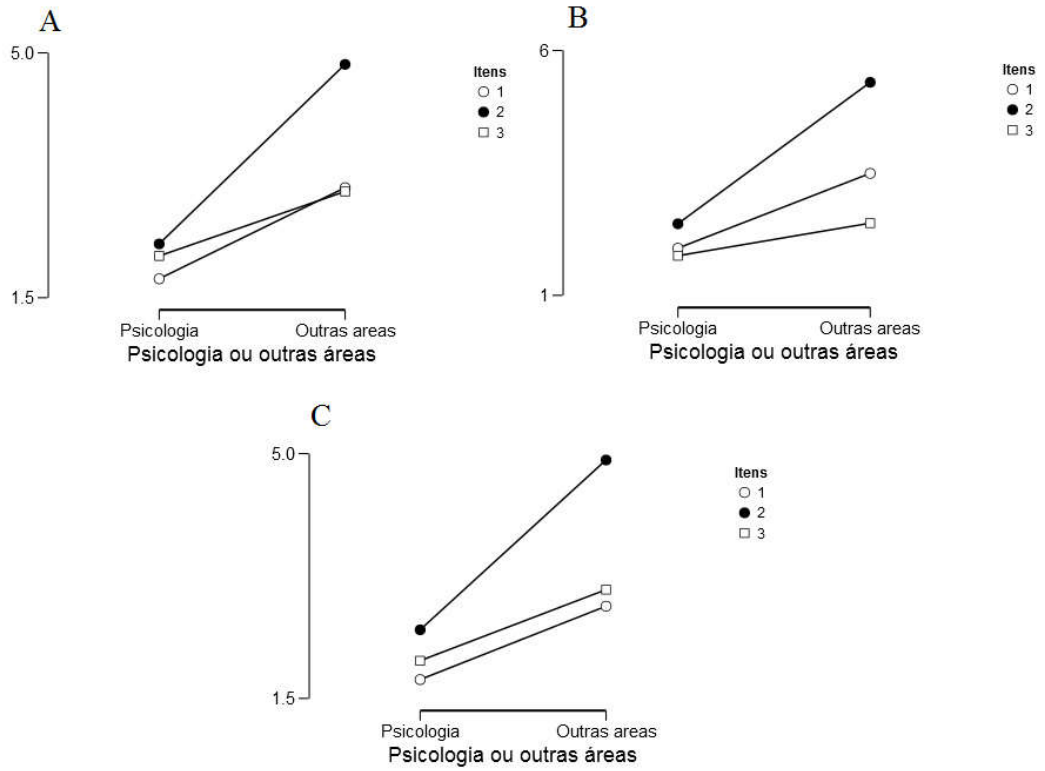
A adoção de uma perspectiva de evitação de sofrimento traz também outras ramificações. Dois outros itens abordam a questão da necessidade de afastar a pessoa que está passando por dificuldades de situações e eventos dolorosos. Uma ideia que pode ser derivada de concepções como essa, principalmente no que diz respeito a pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, é a de que seria necessária uma diminuição de responsabilidades e tarefas, associada a uma maior tolerância a comportamentos em geral. Ilic et al. (2013) discutem formas sutis de estigmatização que exercem o que é chamado de *dano passivo*, que envolvem, por exemplo, formas paternalistas de ajuda e tendências a superproteção e infantilização dos indivíduos, assim como comportamentos de afastamento e evitação, que serão discutidos posteriormente. Existem evidências na literatura de que esse tipo de estigmatização, considerado mais sutil, traz sérias consequências para os sujeitos afetados (Dardenne, Dumont & Bollier, 2007; Williams, 2007).

Um item da escala utilizada que pode ser encaixado no contexto da estigmatização sutil diz respeito a necessidade de afastamento do indivíduo de suas presentes atividades devido à gravidade dos seus sintomas. Para os três personagens as respostas se concentraram abaixo da média (M_{Carla}=2,55; DP_{Carla}=1,733; M_{Renato}=2,14; DP_{Renato}=1,681; M_{Laura}=2,54; DP_{Laura}=1,525), embora mais baixas quando eram direcionadas a Renato (TOC). Novamente a adequação de seu comportamento na esfera de trabalho pode ter influenciado essas respostas, diminuindo a perspectiva de que ele deveria ser afastado de suas atividades, em contraste com as outras duas personagens, que foram descritas como tendo déficits com relação a conquista e manutenção do emprego.

Ao contrário do que poderia ser esperado pela literatura, uma análise ANOVA para medidas repetidas indicou que o efeito do rótulo diagnóstico sobre as respostas não foi significativo ($Z_{(1,104)}$=0,145; p=0,704; n2=0,001), embora as respostas dadas para cada personagem se distingam entre si, conforme indicado pelas médias apresentadas acima,

indicando que as diferenças entre as características associadas ao diagnóstico exercem efeito ($Z_{(2,103)}$=3,970; p=0,022; n2=0,072), ainda que o rótulo em si não tenha se mostrado significativo. Por outro lado, a formação acadêmica mais uma vez se mostrou relevante para a análise, uma vez que psicólogos responderam de forma a discordar mais veementemente da afirmação, quando comparados a profissionais de outras áreas ($Z_{(1,104)}$=11,352 p=0,001; n2=0,098). É possível associar esse efeito à perspectiva psicológica de aceitação de pensamentos e sentimentos ruins como processos normais no funcionamento humano (Hayes et al., 2011). Essa tendência contrária à evitação de aversivos nas respostas dadas por psicólogos se mostrou presente em três itens: (1) se X parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão, (2) X precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos que estão presentes para que possa ter uma vida melhor e (3) é melhor que X se afaste – ainda que temporariamente – de suas atividades, devido à gravidade de seus problemas. A tendência esteve presente para esses itens dentre os três personagens, conforme evidenciado na figura 3 a seguir, contendo gráficos relativos respectivamente a Carla (A), Renato (B) e Laura (C).

Figura 3: *Gráficos indicando diferenças entre as respostas de psicólogos e leigos para cada personagem nos itens relativos a: (1) foco nos problemas, (2) retirada de pensamentos e sentimentos ruins e (3) afastamento de atividades.*



A relação do item em questão com a perspectiva de evitação do sofrimento deixa aberta para discussão a possibilidade de que a capacitação técnica e experiência prática do psicólogo de fato podem promover diferenças na forma como esses profissionais se relacionam com indivíduos pertencentes a categorias estigmatizadas.

Um segundo item que poderia ser associado à perspectiva de estigmatização sutil diz respeito à necessidade de que os entes queridos do indivíduo sejam tolerantes e flexíveis para que ele consiga passar pelo momento difícil em que se encontra. Novamente a análise ANOVA para medidas repetidas indicou que o rótulo diagnóstico não exerceu influência nas respostas ($Z_{(1,104)}$=0,033; p=0,856; n2=0,000). Ao contrário do item anterior, porém, a

formação técnica não teve efeito significativo nas respostas dadas ($Z_{(1,104)}$=0,386; p=0,536; n2=0,004). A única variável que parece ter influenciado a crença sobre a necessidade de que os entes queridos devam ser tolerantes e flexíveis foram as características de cada personagem ($Z_{(2,103)}$=7,340; p=0,001; n2=0,125). As respostas de maneira geral se situaram acima da média, com escores próximos atribuídos a Renato (TOC; M=5,14; DP=1,628) e Laura (TPB; M=4,93; DP=1,770), enquanto os escores atribuídos a Carla (TDM; M=5,45; DP=1,500) foram mais altos.

Segundo Angermayer e Matschinger (2003), sentimentos negativos como raiva, pena e medo são muitas vezes direcionados a diversos transtornos mentais. De acordo com a pesquisa desses autores, porém, o sentimento de raiva foi negativamente associado ao diagnóstico de depressão. Nesse sentido, o próprio quadro poderia implicar em menos raiva por parte das pessoas próximas, o que poderia justificar uma maior tendência aparente a atribuir como necessária a tolerância e flexibilidade dos entes queridos de Carla. Além disso, segundo Kanter et al. (2009), diante de pessoas depressivas muitas vezes existe a tendência dos familiares e pessoas próximas de procurar cuidar do indivíduo e reduzir o seu sofrimento, consistente com o dado obtido através do item em questão.

O padrão de respostas demonstrado no item avaliado pode sugerir cuidado e compreensão acerca das situações pelas quais os personagens passam; porém, é também possível que a tendência à superproteção presente em processos de estigmatização sutil esteja presente nos três casos, em especial com relação a Carla. Dentro de padrões enquadrados na perspectiva sutil ou “benevolente” de processos de estigmatização, é possível considerar também o sentimento de pena, que aparentemente poderia ser associado a cuidado (Ilic et al., 2013). O estudo de Angermayer e Matschinger (2003) porém, demonstra que o sentimento de pena, muitas vezes mais forte quando há redução da raiva, não diminui a tendência ao distanciamento social. Isso significa dizer que, quando se fala de indivíduos diagnosticados

com transtornos mentais, ainda que sentimentos mais extremos como raiva não estejam envolvidos, a tendência ao afastamento e à distância social continua sendo algo muito presente.

Considerando essa premissa, os três itens finais da escala a serem considerados dizem respeito a uma tendência de afastamento dos personagens descritos. O primeiro desses itens enuncia explicitamente essa ideia, afirmando: "Tendo a me afastar de pessoas como X". Nesse item, a partir de um teste t de Student para amostras emparelhadas, foi constatado que os personagens Carla e Renato apresentaram escores semelhantes ($p=0,248$; $d=-0,112$) e abaixo da média ($M_{Carla}=2,73$; $DP_{Carla}=1,637$; $M_{Renato}=3,00$; $DP_{Renato}=1,683$), indicando baixa tendência a afastamento. O escore de Laura, por outro lado, se encontrou acima da média ($M=4,45$; $DP=1,825$), indicando alta tendência a afastamento. Segundo Abreu e Abreu (2016), o indivíduo diagnosticado com o Transtorno de Personalidade Borderline normalmente vem de um ambiente invalidante, gerando uma vulnerabilidade emocional que muitas vezes é manifestada através de tentativas extremas de aproximação do outro e evitação do abandono (um exemplo no contexto clínico seria uma forte manifestação emocional se o terapeuta faz uma viagem avisada de última hora). Esse tipo de padrão, apesar de procurar aproximação, muitas vezes alcança o efeito contrário, provocando um afastamento das pessoas próximas, consistente com os resultados obtidos no item discutido.

Embora o ANOVA para medidas repetidas não tenha encontrado efeito da formação técnica aqui ($Z_{(1,102)}=2,333$; $p=0,130$; $n2=0,022$), o rótulo diagnóstico teve efeito significativo sobre as respostas ($Z_{(1,102)}=9,207$; $p=0,003$; $n2=0,083$), na medida em que respostas dadas na condição com a presença do diagnóstico foram sistematicamente mais altas. Esse dado apoia os achados da literatura e aponta para a perspectiva de que, ainda que não tenha sido encontrada uma diferença em atitudes específicas com relação a pessoas diagnosticadas (conforme análise dos dados relativos aos outros itens), ainda parece haver uma tendência ao

afastamento com relação a elas. Segundo Angermayer e Matschinger (2003), a rotulação diagnóstica fortalece a visão estereotípica dos transtornos mentais, que implica muitas vezes em uma tendência a comportamentos que busquem a distância social. Embora o efeito da formação técnica não tenha sido significativo, quando são analisados os dados dos grupos (psicólogos e leigos) separadamente, o efeito do diagnóstico parece estar presente apenas no que diz respeito aos leigos. Esses dados sugerem que, embora o efeito do rótulo tenha sido forte o suficiente para impactar independentemente na variável dependente, ele pode ter mais força quando as pessoas não têm formação psicológica, fortalecendo a hipótese sobre a importância dessa formação para um processo de tratamento.

Um segundo item que diz respeito a uma possível tendência de distanciamento enuncia que o participante se sentiria incomodado por algumas atitudes do personagem descrito. De acordo com análises feitas a partir de um teste t de Student para medidas repetidas, os resultados relativos a esse item se distribuíram novamente de acordo com o gradiente de gravidade estabelecido para os transtornos, de forma que as respostas dadas relacionadas ao personagem diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior se encontraram abaixo da média (M=2,94; DP=1,672), as respostas dadas relacionadas ao Transtorno Obsessivo Compulsivo não se diferenciaram da média, segundo um teste t realizado para uma única amostra (M=3,67; DP=1,855; $t_{(110)}$=-1,893; p=0,061; d=-0,180), e as relacionadas ao Transtorno de Personalidade Borderline estiveram acima da média (M=4,69; DP=1,946).

A partir de uma análise ANOVA unidirecional foi possível verificar que o diagnóstico exerceu efeito somente no que diz respeito a Renato ($Z_{(1,107)}$=5,417; p=0,022). Dessa maneira nota-se que o diagnóstico de TOC produziu efeito diferente dos demais com relação a esse item. É possível supor que tenha ocorrido o que Hayes et al. (2001) chamam de *transformação de função de estímulos*, fazendo com que atitudes específicas do sujeito se tornem mais incômodas uma vez que estão relacionadas a um elemento que já carrega

propriedades aversivas. Nesse sentido, as atitudes de Renato só teriam se tornado aversivas – ou teriam se tornado mais aversivas - ao serem acompanhadas pelo diagnóstico, que já carrega funções aversivas próprias. Por outro lado, não parece haver muita literatura a respeito de estigmatização envolvendo o TOC, o que pode apontar para uma direção de pesquisas futuras nesse campo.

Apesar de não ter sido influenciado pelo diagnóstico em todos os casos, o ANOVA para medidas repetidas indicou que a avaliação sobre o incômodo gerado pelas atitudes dos personagens sofreu efeito significativo da formação técnica ($Z_{(1,103)}$=18,558; p<0,001; n2=0,153), na medida em que as respostas dadas por psicólogos clínicos (M_{Carla}=2,62; DP_{Carla}=1,623; M_{Renato}=3,02; DP_{Renato}=1,721; M_{Laura}=4,10; DP_{Laura}=1,892) tiveram médias menores que as dadas por leigos (M_{Carla}=3,33 DP_{Carla}=1,656; M_{Renato}=4,36; DP_{Renato}=1,736; M_{Laura}=5,20; DP_{Laura}=1,850). Esse item mais uma vez evidencia que a formação técnica do psicólogo clínico parece ter influência nas primeiras impressões acerca de um indivíduo, conforme os dados obtidos em itens anteriores.

Por último, trata-se do item que afirma que "Carla/Renato/Laura é uma pessoa difícil". As médias seguiram novamente o padrão estabelecido para os transtornos, assim como o item anterior, indicando que, enquanto Carla não seria considerada uma pessoa difícil (M=3,00; DP=1,633) e as respostas a Renato, a partir dos resultados obtidos através de um teste t para uma única amostra, se encontram indiferenciadas da média ($t_{(109)}$=-0,509; p=0,612; d=-0,048), Laura é considerada uma pessoa difícil, tanto para psicólogos quanto para profissionais de outras áreas (M=5,01; DP=1,727), confirmando o que se relata a partir da literatura (Linehan, 1993; Oshiro, 2011). A partir de uma ANOVA de medidas repetidas bayesiana utilizando os itens relativos a cada personagem como variáveis dependentes e condição e formação técnica como varáveis independentes, é possível verificar que parece também existir o efeito do diagnóstico (Fator + Condição = 4,693e + 17), apontando para

maior concordância com a afirmação dentre os participantes que responderam sob a condição com diagnóstico (M_{Carla}=3,24; DP_{Carla}=1,677; M_{Renato}=4,20; DP_{Renato}=1,768; M_{Laura}=5,22; DP_{Laura}=1,783), quando comparados aos participantes que responderam sob a condição sem diagnóstico (M_{Carla}=2,79 DP_{Carla}=1,578; M_{Renato}=3,70; DP_{Renato}=1,625; M_{Laura}=4,82; DP_{Laura}=1,670). Esse dado traz implicações, uma vez que foram encontradas correlações entre esse item e os itens anteriores: "tendo a me afastar de pessoas como X" (R^2_{Carla}=0,232; p_{Carla}=0,016; R^2_{Renato}=0,438; p_{Renato}<0,001; R^2_{Laura}=0,471; p_{Laura}<0,001) e "sinto-me incomodado com algumas atitudes de X" (R^2_{Carla}=0,204; p_{Carla}=0,033; R^2_{Renato}=0,348; p_{Renato}<0,001; R^2_{Laura}=0,480; p_{Laura}<0,001). Essas correlações demonstram uma tendência de afastamento associada à crença de que uma pessoa é "difícil", adjetivo muitas vezes atribuídos a pessoas diagnosticadas.

É possível presumir então que, quanto mais difícil for considerado o indivíduo, mais haverá uma tendência à distância social relacionada a ele. Considerando o efeito do diagnóstico, há uma conformidade com os achados da literatura, na medida em que estudos sobre estigmatização, como o de Angermayer e Matschinger (2003), indicam possíveis relações entre rotulação e isolamento com relação aos transtornos mentais. É importante também ressaltar que não houve diferença significativa desse efeito dentre psicólogos e leigos, o que indica que, apesar de sua importância demonstrada através de outros itens, é possível que a formação técnica sozinha não seja suficiente para extinguir todos os impactos negativos da rotulação diagnóstica.

De maneira geral, foi possível concluir a partir das análises dos itens que compuseram o instrumento de avaliação de primeiras impressões, que o conhecimento técnico do psicólogo de fato parece influenciar na forma como ele se relaciona com as pessoas e pode trazer contribuições significativas para o trato com pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos. Por outro lado, a rotulação diagnóstica demonstrou influência limitada, só

estando presente em alguns poucos itens. A tabela 2 a seguir traz os itens nos quais foram encontrados efeitos significativos das duas variáveis independentes.

Tabela 2: *ANOVA de medidas repetidas frequentista e bayesiana para itens que mostraram efeito significativo da formação técnica entre personagens, rótulo diagnóstico e diferença entre personagens.*

Item	**Formação técnica**			**Diagnóstico**			**Diferenças entre personagens**		
	Média mais alta	N^2	BF_{10}	*Média mais alta*	N^2	BF_{10}	*Média mais alta*	N^2	BF_{10}
Aproximação									
Precisa de ajuda	Psicólogos	.04	854.772	--	--	--	Laura	.18	522.438
Motivado a ajudar	Psicólogos	.29	8.380e+8	--	--	--	Carla	.18	284.297
Círculo de amigos	Psicólogos	.04	5.180e+13	--	--	--	Carla	.45	2.819e+13
Relação	--	--	--	--	--	--	Carla	.58	1.152e+23
Melhora									
Ajuda profissional	--	--	--	--	--	--	Laura	.19	373.863
Melhora depende de persistência e esforço	Leigos	.23	1880.037	--	--	--	--	--	--
Parar de focar em problemas	Leigos	.16	2354.846	Com	.06	5.413	Renato	.08	3.303
Se livrar de pensamentos e sentimentos	Leigos	.43	1.844e+11	--	--	--	--	--	--
Pode ter qualidade de vida	Psicólogos	.21	32826.214	--	--	--	Renato	.06	1.440
Dano passivo									
Afastar das atividades	Leigos	.10	45.709	--	--	--	Laura	.07	1.415
Entes tolerantes e flexíveis	--	--	--	--	--	--	Carla	.13	11.322
Afastamento									
Tendência de afastamento	--	--	--	Com	.08	1.250e+14	Laura	.47	1.320e+13
Incômodo com atitudes	Leigos	.10	45.709	--	--	--	Laura	.42	1.649e+11
Pessoa difícil	--	--	--	Com	.03	4.693e+17	Laura	.50	5.258e+17

A partir da análise, é possível verificar que a variável independente *formação técnica* demonstrou efeito maior, quando comparada à variável independente *rótulo diagnóstico*. É possível identificar também que respostas mais altas são dadas pelos psicólogos em itens que envolvem empatia e aproximação, assim como a uma visão positiva sobre o indivíduo (no sentido de considerá-lo capaz de melhora, ainda que permaneça com seus sintomas). Por outro lado, os dados indicam que leigos tiveram respostas mais altas em itens que se relacionaram a incômodo, responsabilização do indivíduo por seus sintomas e necessidade de afastamento de atividades. Essas tendências apontam para a importância da formação profissional da Psicologia no trato de pacientes e parecem indicar que a formação seria capaz de aumentar a probabilidade de que o profissional desenvolvesse habilidades de empatia e fosse menos sensível a crenças estereotipadas do que pessoas do senso comum. Esses fatores se tornam essenciais quando se pensa na construção de uma relação terapêutica positiva, fator crucial para o encaminhamento de um processo que seja capaz de alcançar bons resultados (Gomes et al., 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991; Leonardi, 2016; Wielenska, 2012).

O efeito do rótulo diagnóstico, por sua vez, teve efeito mais discreto. Os itens que apresentaram efeito significativo se relacionaram a afastamento, responsabilização do indivíduo e à crença de se tratar de uma pessoa difícil, todos eles com respostas mais altas associadas à condição com diagnóstico. Esses dados, juntamente com a literatura acerca das implicações da rotulação diagnóstica e do estigma relacionado aos transtornos mentais fazem crer que o rótulo ainda está associado a uma visão negativa de que se tratam de pessoas perigosas e difíceis de mudar, levando a atitudes de culpabilização dos sujeitos por suas dificuldades e rejeição social (Angermayer & Matschinger, 2003; Corrigan, 2000; Kvaale & Haslam, 2016). Por outro lado, é possível que as próprias características dos indivíduos já tenham sido suficientes para justificar diferenças de tratamento em muitos itens, mesmo na ausência do rótulo explícito.

A grande maioria dos itens mostrou efeito significativo de diferença entre os três personagens, indicando que eles seriam tratados de maneira consistentemente diferente um do outro, ainda que o rótulo diagnóstico não fosse explicitado. A maneira como essas diferenças se organizaram parece ir na direção apontada pela literatura, com médias mais altas em itens relacionados a afastamento e dificuldade atribuídas ao Transtorno de Personalidade Borderline, enquanto médias mais altas em itens relacionados a aproximação pessoal foram atribuídas ao Transtorno Depressivo Maior. O Transtorno Obsessivo Compulsivo, por sua vez, teve mais altas em itens que atribuíam possibilidade de melhora e controle; conforme discutido anteriormente, esse efeito pode ter se dado por conta do tipo da sintomatologia exibida por pacientes com TOC, assim como o tipo de descrição elaborada para Renato no instrumento utilizado.

Em suma, a diferença entre os personagens na ausência do rótulo diagnóstico pode ser justificada pela alta difusão de conceitos e rótulos psicológicos dentre o público geral ou mesmo pela própria descrição utilizada no instrumento, que poderia já deixar um diagnóstico subentendido para um participante que tivesse um pouco de conhecimento sobre o assunto. Esses e outros fatores devem ser levados em consideração para a realização de futuras pesquisas.

4.1. Análises complementares

No que diz respeito à concepção de essencialização discutida, foi assumido como hipótese para as análises realizadas que quanto maior o grau de essencialização de um participante, medido através de uma escala composta de três subescalas (bases biológicas, informatividade e distintividade), mais ele tenderia a endossar estereótipos relacionados a pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos. Dessa maneira, era esperado que

houvesse uma relação entre a essencialização e o efeito do rótulo diagnóstico nas respostas dadas a respeito das primeiras impressões obtidas.

A hipótese assumida não foi confirmada, uma vez que os escores de essencialização não influenciaram significativamente os efeitos de diagnóstico (ou da formação técnica). Essa ausência de efeito pode ter ocorrido por conta da adaptação da escala, uma vez que sua aplicação original foi feita em outro contexto sociocultural. Além disso, é possível que, por não existir um limite de tempo de resposta, os participantes tenham tido a possibilidade de controlar mais as respostas dadas, aumentando o viés decorrente da desejabilidade social.

Por outro lado, algumas correlações puderam ser estabelecidas entre a escala de essencialização e itens específicos do instrumento de primeiras impressões. Uma primeira correlação negativa diz respeito à afirmação de que Carla (Transtorno Depressivo Maior) é uma pessoa que precisa de ajuda e a subescala de essencialização relativa a bases biológicas (R^2=-0,193; p=0,043). Uma possibilidade de interpretação é relativa a uma condição de imutabilidade e incontrolabilidade assumida a partir do momento que se considera a existência de uma essência biológica inerente ao transtorno (Haslam, 2000). Quanto maior o grau de endossamento da crença, portanto, mais forte seria a ideia de que a condição de Carla não é passível de mudança ou controle, logo não haveria utilidade em tentar ajudá-la. Um aspecto inesperado dessa correlação foi o fato de ela só ter se mostrado significativa no que diz respeito a Carla, uma vez que estudos feitos para a avaliação da estigmatização relacionada ao diagnóstico psiquiátrico – assim como os dados obtidos a partir dos itens do instrumento principal desse trabalho -, em sua maioria, demonstram menores efeitos relacionados à depressão, quando comparada a outros transtornos (Angermayer & Matschinger, 2003).

O efeito direcionado a Carla não esteve presente somente nessa correlação. As análises realizadas apontaram correlação positiva significativa também entre a afirmação de que Carla precisa se livrar de sentimentos e pensamentos ruins para que possa ter uma vida melhor e o escore total de essencialização (R^2=0,218; p=0,023). Embora contrarie a ideia de imutabilidade, essa correlação sugere que, quanto maior o grau de essencialização, maior a crença em que a única forma de mudar a condição de Carla é se livrando da essência do seu transtorno (os pensamentos e sentimentos). Ao mesmo tempo, demonstra a ideia de culpabilização do sujeito por seus problemas e decorrente responsabilização pela sua própria melhora, também presente nas concepções de estigmas endossados por concepções essencialistas (Kvaale & Haslam, 2016).

Uma justificativa semelhante pode ser atribuída à última correlação positiva encontrada: entre a afirmação de que, se o sujeito parar de pensar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão e a subescala de essencialização relativa a bases biológicas. Essa correlação, porém, não se deu somente com relação a Carla (R^2=0,225; p=0,021), mas também com relação a Laura (R^2=0,204; p=0,034), demonstrando que, quanto maior o grau de essencialização do participante, mais ele atribuiria responsabilidade aos personagens pelo controle da sua própria condição.

Essa correlação seria consistente com a própria sintomatologia descrita para o Transtorno de Personalidade Borderline, que envolve impulsividade, instabilidade afetiva e dificuldade para controlar a raiva (APA, 2013), aspectos presentes na descrição de Laura e que poderiam influenciar a avaliação de participantes com maior grau de essencialização em suas crenças. Para além do diagnóstico, é possível que as dificuldades muitas vezes decorrentes do trato de pessoas com esse tipo de características levem à culpabilização e responsabilização do sujeito.

Por fim, realizando as análises separadamente entre os dois grupos de participantes (i.e. leigos e psicólogos), foi possível constatar que essas correlações só se fizeram presentes nas respostas dadas pelos participantes leigos, o que reforça a consideração de que a formação profissional psicológica parece exercer algum impacto na forma como os psicólogos reagem a crenças essencializadas e estereótipos relacionados a pessoas diagnosticadas com transtornos psicopatológicos.

Considerando, por outro lado, a perspectiva da motivação para controlar o preconceito, foi assumido como hipótese que quanto maior fosse o escore de motivação, menor seria a diferença entre as respostas nas condições com e sem diagnóstico, uma vez que uma maior motivação implicaria em menor impacto do diagnóstico nas respostas.

Assim como ocorrido para os resultados de essencialização, essa hipótese não foi confirmada, dado que não foram encontradas relações significativas entre a motivação para controlar o preconceito e nenhuma das variáveis independentes, assim como não se fez significativo nenhum efeito de mediação. A falta de efeito pode ser dada pela própria escala, que não obteve confiabilidade alta para a amostra avaliada no presente estudo.

Houve, porém, correlações significativas entre o escore de motivação e alguns dos itens pertencentes ao instrumento de primeiras impressões. Algumas correlações foram encontradas a partir da análise dos dados completos, porém, é importante notar que, uma vez que os bancos foram separados entre condições e grupos de participantes, nenhuma correlação foi encontrada na condição sem diagnóstico. Além disso, a grande maioria dos itens que apresentaram correlações significativas eram relativos a Renato, diagnosticado com Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Considerando as correlações envolvendo itens relacionados a Renato em condição com diagnóstico, uma possibilidade para a sua ocorrência pode ser explicada através do tipo

de sintomatologia apresentada. A partir da forma como os sintomas são descritos no instrumento, Renato poderia ser visto como um indivíduo funcional e autossuficiente, fazendo com que suas dificuldades fossem atribuídas à sua personalidade. Uma vez que o diagnóstico é inserido, as dificuldades de Renato são atribuídas ao rótulo e a diferença de julgamento seria controlada através da autocorreção dos participantes que teriam uma maior motivação para controlar o preconceito. Aprofundamentos sobre esse possível efeito atribuído a Renato e ao Transtorno Obsessivo Compulsivo poderiam ser analisados em pesquisas futuras.

Três dos quatro itens relacionados a Renato que apresentaram correlações significativas com a motivação para controlar o preconceito dentre os participantes que responderam à condição com diagnóstico diziam respeito à ajuda que seria necessária para que Renato melhorasse. Os itens em questão são: "Renato é alguém que precisa de ajuda" (R^2=0,373; p=0,008), "sinto-me motivado a ajudar Renato" (R^2=0,326; p=0,022) e "para que possa passar por esse momento difícil, Renato precisa procurar ajuda profissional" (R^2=0,305; p=0,031). Esses itens seguiriam em conformidade com a hipótese apresentada, uma vez que, na condição com diagnóstico, a ajuda que os participantes julgariam necessária estaria possivelmente relacionada ao próprio diagnóstico e evocaria respostas de autocorreção decorrentes da motivação para controlar o preconceito.

O quarto item relacionado a Renato que apresentou correlação significativa diz respeito à crença de que a sua melhora depende somente da sua própria persistência e esforço (R^2=-0,303; p=0,035). Esse item também mostrou correlação significativa com a motivação para controlar o preconceito relativo a Carla quando a análise foi realizada apenas dentre os participantes psicólogos (R^2=-0,275; p=0,046). Ambas as correlações foram negativas, indicando que quanto mais motivados os participantes estivessem para controlar seu preconceito, menos eles concordariam que a melhora dependeria apenas do próprio sujeito. É

importante notar que não houve correlação entre a motivação para controlar o preconceito e itens relativos a Laura, o que se mostra consistente com a perspectiva de incômodo e afastamento causada pelo Transtorno de Personalidade Borderline, conforme é demonstrado pela literatura e também pelos achados relativos aos itens do instrumento principal.

Enquanto a correlação do item relativo a Renato pode seguir a hipótese já apresentada, o item relativo a Carla parece apontar para uma motivação maior para controlar o preconceito por parte dos psicólogos, o que também acontece com item relativo a Renato que afirma que ele pode ter qualidade de vida ainda que os pensamentos e sentimentos não desapareçam totalmente (R^2=0,339; p=0,013). Diante da diferenciação de Plant & Devine (1998) entre motivação interna e externa, seria coerente esperar que os psicólogos apresentassem ambas, por conta do que é esperado desse tipo de profissional. Devido à retirada de itens para o aumento da confiabilidade da escala, porém, essa diferenciação não pôde ser feita, tornando a compreensão desses resultados mais difícil e indicando possibilidades de aprofundamento para futuras pesquisas.

Para além das variáveis já consideradas até então, considerou-se importante para o tema proposto a análise do contato prévio dos participantes com algum tipo de diagnóstico psiquiátrico. Dessa maneira, foram realizados ANOVAs de medidas repetidas para verificar se pessoas que já haviam sido diagnosticadas com algum transtorno e/ou possuíam familiar ou pessoa próxima diagnosticada responderiam ao instrumento de forma diferente às que nunca foram diagnosticadas e nunca tiveram familiar ou pessoa próxima diagnosticada.

Diante dessas análises, três itens demonstraram relação significativas entre resposta e diagnóstico pessoal (i.e. o próprio participante é/já foi diagnosticado) ou familiar (i.e. o participante possui familiar ou pessoa próxima que é/já foi diagnosticada). O primeiro deles se refere à crença de que o personagem referido é alguém que precisa de ajuda. Para esse

item, as respostas se mostraram significativamente mais altas para os participantes que possuíam familiar ou pessoa próxima diagnosticada ($Z_{(1,103)}$=5,126; p=0,026; n^2=0,047). Por outro lado, o efeito não se mostrou significativo para o diagnóstico pessoal, o que também é verdadeiro para os dois itens seguintes.

Embora o diagnóstico pessoal não tenha se mostrado significativo por si só em nenhum dos três itens, nos dois últimos ("a melhora de X depende somente da sua própria persistência e esforço" e "se X parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão") verificou-se um efeito de interação entre as duas variáveis a ser considerado: dentre os três personagens, se o participante tem uma pessoa próxima diagnosticada, ele tende a concordar mais com a afirmação quando ele não é diagnosticado. Porém, quando o participante não tem ninguém próximo diagnosticado esse efeito se inverte, ou seja, ele concorda mais com a afirmação quando ele próprio é diagnosticado.

Uma possível interpretação desse efeito no que diz respeito a esses dois itens seria no sentido de que a falta de contato pessoal com o diagnóstico, aliada ao contato com as dificuldades com as quais uma pessoa diagnosticada lida, levaria a uma maior tendência a aceitar estereótipos de responsabilização e culpabilização. Por outro lado, o contato pessoal sem o convívio com outras pessoas diagnosticadas poderia levar a um processo de autoestigma, isto é, a concordância com os estereótipos de responsabilização e culpabilização e a aplicação destes a si mesmo (Corrigan & Watson, 2002).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou compreender se o diagnóstico psiquiátrico influenciaria nas primeiras impressões dos participantes a respeito de pessoas diagnosticadas, assim como se a formação técnica de Psicologia teria efeito sobre essas primeiras impressões. Buscou-se outras variáveis que pudessem fazer parte da análise e, para isso, analisou-se grau de essencialização, motivação para controlar o preconceito e o fato do participante ser diagnosticado com um transtorno ou ter alguém próximo diagnosticado.

O efeito mais importante encontrado foi o da *formação técnica*, que mostrou significativa influência sobre os itens do questionário de primeiras impressões. O fato do participante ser graduado em Psicologia e trabalhar na área clínica pareceu exercer influência especialmente quanto a dois fatores: (1) uma tendência de aproximação dos personagens, independente de eles terem sido diagnosticados ou não, e (2) menor crença na necessidade de se livrar ou poupar o personagem de estimulação aversiva, levando a uma perspectiva de menor culpabilização e melhor expectativa prognóstica, confirmando parcialmente a hipótese previamente estabelecida para as diferenças entre psicólogos e profissionais de outras áreas.

Esses resultados apontam para a importância da formação psicológica para os profissionais que estarão em contato direto com pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos, uma vez que essa formação parece ter um impacto na forma como o indivíduo responde a estereótipos e estigmas associados ao rótulo diagnóstico. Por outro lado, dois dos três itens relacionados a uma tendência a se afastar dos personagens não sofreram impacto da formação técnica, o que poderia indicar que, ainda que ela seja importante, é essencial ter atenção aos efeitos da estigmatização e à sua relação com o distanciamento social, e que medidas sejam tomadas para que essa variável tenha a menor influência possível durante o processo terapêutico.

O *rótulo diagnóstico*, por outro lado, teve um efeito limitado entre os itens do questionário de primeiras impressões, se distanciando da hipótese previamente estabelecida. Ao contrário do que era esperado a partir da literatura sobre estereótipos e estigmatização, poucos itens indicaram mudança significativa nas respostas dos participantes entre as condições com e sem diagnóstico, demonstrando a necessidade de novas pesquisas que possam determinar se esse efeito seria menor dentre a população estudada ou se foi decorrente de limitações da metodologia utilizada.

Apesar disso, dois dos três itens nos quais o rótulo diagnóstico teve efeito significativo indicavam uma tendência a se afastar do personagem descrito, em acordo com a hipótese. Para esses itens, as respostas mais altas foram encontradas na condição com diagnóstico, indicando que, por menor que tenha sido o efeito, o diagnóstico psiquiátrico ainda se mostra associado a um distanciamento e isolamento do indivíduo diagnosticado.

Embora o rótulo diagnóstico tenha tido efeito limitado dentre os itens, as respostas dadas para cada personagem se diferenciavam significativamente entre si na maioria dos casos, indicando que, seja sob controle de um conhecimento prévio dos participantes sobre os sintomas, seja por conta das próprias características atribuídas a cada personagem, eles seriam tratados de formas diferentes independente da presença do diagnóstico explícito. Nesse sentido, alguns efeitos específicos foram encontrados diante da análise de cada personagem separadamente.

Com relação ao Transtorno Depressivo Maior, as respostas relacionadas a Carla seguiram uma tendência maior de aproximação, quando comparada aos outros personagens, o que é evidenciado pela constatação de que Carla obteve a média mais alta em três dos quatro itens relacionados a aproximação e a média mais baixa em todos os itens relacionados a afastamento. As causas para esse efeito podem estar relacionadas com o maior conhecimento

a respeito desse transtorno e do que ele implica, assim como o tipo de sintomatologia (i.e. sintomas que afligem mais o próprio indivíduo e nem sempre se externalizam em grande medida) e estão em linha com os achados de Angermayer e Matchinger (2003) em sua pesquisa sobre distância social.

No que diz respeito ao Transtorno Obsessivo Compulsivo, as respostas relacionadas a Renato pareceram apontar para uma maior atribuição de autonomia e funcionalidade, que pode ser evidenciada nos itens em que Renato obteve média mais alta ("se X parar de focar em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão" e "X pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam completamente"). Correlações encontradas entre a motivação para controlar o preconceito e diversos itens relacionados a Renato no contexto com diagnóstico parecem corroborar essa perspectiva, indicando a possibilidade de este personagem ser visto como funcional até o momento em que o diagnóstico é inserido, provocando uma reação de controle do preconceito. A dificuldade de aprofundamento e/ou confirmação dessas hipóteses se dá devido à escassez de literatura sobre estereótipos e estigmatização de pessoas diagnosticadas com TOC, apontando para uma possível área a ser desenvolvida em pesquisas futuras.

Por fim, as respostas relacionadas a Laura, diagnosticada com o Transtorno de Personalidade Borderline, parecem seguir uma tendência maior ao afastamento (maior média em todos os três itens relacionados a afastamento) e maior atribuição de gravidade aos sintomas (maior média para os itens "é melhor que Laura se afaste de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas", "para que possa passar por esse momento difícil, Laura precisa procurar ajuda profissional" e "Laura é alguém que precisa de ajuda"). Os dados parecem seguir em conformidade com a tendência apresentada pela literatura, que indica que as pessoas diagnosticadas com TPB são vistas como difíceis e muitas vezes a sintomatologia

relacionada ao transtorno provoca o afastamento de pessoas próximas e algumas vezes dos próprios profissionais envolvidos no tratamento (Neacsiu & Linehan, 2016; Oshiro, 2011).

Com relação às outras variáveis analisadas (i.e. essencialização, motivação para controlar o preconceito e diagnóstico pessoal/familiar), novamente fala-se de um efeito limitado. Embora correlações entre essas variáveis e alguns dos itens do questionário de primeiras impressões tenham se mostrado significativas, não foi encontrado impacto substancial nos efeitos de nenhuma das variáveis independentes consideradas (i.e. formação técnica e rótulo diagnóstico), não sendo possível, portanto, confirmar as hipóteses estabelecidas.

É possível que essas variáveis tenham tido seu impacto reduzido por conta de dificuldades metodológicas, uma vez que foram adaptadas de instrumentos derivados de estudos internacionais, com pouca aplicação ainda em pesquisas brasileiras. A confiabilidade obtida para a escala de motivação para controlar o preconceito, por exemplo, foi abaixo do esperado, tendo sido necessária a retirada de itens e comprometendo, portanto, análises mais aprofundadas sobre os tipos diferentes de motivação (i.e. interna e externa). Dentre as subescalas de essencialização, por sua vez, apenas a de bases biológicas obteve confiabilidade satisfatória, tornando uma análise pormenorizada dos elementos de informatividade e distintividade menos precisa.

Foi encontrado efeito moderado do diagnóstico do próprio participante e/ou de uma pessoa próxima nas respostas ao instrumento de primeiras impressões, indicando que essas duas variáveis podem influenciar o julgamento de pessoas diagnosticadas. De maneira geral, os dados indicam que os participantes parecem responsabilizar mais os personagens por suas dificuldades quando têm pessoas próximas diagnosticadas, mas nunca receberam um diagnóstico ou quando têm um diagnóstico, mas não há ninguém próximo que também tenha. Distanciamento e autoestigma podem funcionar como hipóteses para esses efeitos, porém,

relações com as variáveis complementares são limitadas por conta das dificuldades apresentadas.

Aspectos da coleta também devem ser levados em consideração, uma vez que a taxa de desistência dos participantes foi alta e, em sua maioria, ocorreu diante do termo de consentimento. Para pesquisas futuras sobre o tema, é importante considerar formas de simplificar o termo de consentimento ou tornar a sua leitura opcional de maneira que mais pessoas sigam para a resposta completa do questionário.

Direções futuras de pesquisa podem envolver a utilização de medidas indiretas de estereótipos e preconceito, de forma a burlar comportamentos de autocorreção e desejabilidade. A presente pesquisa foi feita de maneira experimental em um contexto específico e a metodologia utilizada (leitura de casos) não representa um procedimento padrão do dia a dia. Assim sendo, estudos com maior validade ecológica (entrevistas em profundida com pacientes e/ou psicólogos, estudos de caso, entre outros) poderiam representar uma contribuição importante para a área, sendo interessante também considerar a utilização de pesquisas multimétodos.

Tendo considerado possíveis alternativas de metodologia, múltiplas questões pertinentes poderiam ser exploradas. Pesquisas poderiam ser utilizadas para investigar de maneira mais profunda os efeitos encontrados para os diagnósticos, investigando-os mais a fundo e investindo em métodos de redução do estereótipo (para o TPB), desenvolvendo estudos para estimular a literatura e desenvolvimento de novos dados de pesquisa (para o TOC) e investigando possíveis causas para efeitos encontrados (para o TDM).

Analisando o efeito da estigmatização no profissional responsável pelo tratamento psicológico, questões complementares também seriam importantes, como a visão do sujeito diagnosticado a respeito da sua própria estigmatização e os efeitos desta para os familiares e

cuidadores. Acima de tudo, é importante que se continue com o movimento no sentido de entender melhor o processo de julgamento relacionado ao diagnóstico psiquiátrico para que se consiga de fato cuidar das pessoas envolvidas, não as mantendo contidas (ao mesmo tempo que segregadas), mas estimulando-as em direção ao desenvolvimento de capacidades e autonomia.

REFERÊNCIAS

Abreu, P. R., & Abreu, J. H. D. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *18*(1).

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andery, M. A. P. A., Micheletto, N., & Sério, T. M. D. A. P. (2015). A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 1(2).

Andrade, L. H., Walters, E. E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc. Psychiatry Psych Epidemiol, 37*, 316-325.

Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(4), 304-309.

Ahn, W. K., Flanagan, E. H., Marsh, J. K., & Sanislow, C. A. (2006). Beliefs about essences and the reality of mental disorders. *Psychological Science*, *17*(9), 759-766.

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2000). Relational frame theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst,* 23(1), 69.

Bastian, B., & Haslam, N. (2006). Psychological essentialism and stereotype endorsement. *Journal of Experimental Social Psychology*, *42*(2), 228-235.

Brino, A. L. F. & Souza, C. B. A. (2005). Comportamento verbal: uma análise da abordagem skinneriana e das extensões explicativas de Stemmer, Hayes e Sidman. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 251-260.

Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2013). *The Dialectical Behavior Therapy Primer: How DBT Can Inform Clinical Practice*. John Wiley & Sons.

Cooper, J. A., & Marsh, J. K. (2015). The influence of expertise on essence beliefs for mental and medical disorder categories. *Cognition, 144,* 67-75.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(1), 48-67.

Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, *52*(1), 31-39.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care.*Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37-70.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 35-53.

Dardenne, B., Dumont, M., & Bollier, T. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism: consequences for women's performance. *Journal of personality and social psychology*, *93*(5), 764.

Devine, P. G., Plant, E. A., Amodio, D. M., Harmon-Jones, E., & Vance, S. L. (2002). The regulation of explicit and implicit race bias: the role of motivations to respond without prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 82(5), 835.

DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 174- 183.

Dougher, M., Twohig, M. P., & Madden, G. J. (2014). Editorial: Basic and Translational Research on Stimulus–Stimulus Relations. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 101(1), 1-9.

Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., & Williams, C. J.(1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: A bona fide pipeline? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1013-1027.

Ferrão, Y.A., Diniz, J.B., Lopes, A.C., Shavitt, R.G., Greenberg, B., Miguel, E. (2007) Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.*, *29,* 66-76.

Fortes, I. (2009). A psicanálise face ao hedonismo. *Mal-estar e subjetividade, 9*(4),1123-1144.

Glenn, S. S. (1986). Metacontingencies in Waiden Two. *Behavior analysis and social action*, 5, 2-8.

Gomes, F. G., Ceitlind, L. H., Hauck, S., & Terra, L. (2008). A relação entre os mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 109-114.

Haslam, N. (2000). Psychiatric categories as natural kinds: Essentialist thinking about mental disorder. *Social Research*, 1031-1058.

Haslam, N., Bastian, B., Bain, P., & Kashima, Y. (2006). Psychological essentialism, implicit theories, and intergroup relations. *Group Processes & Intergroup Relations, 9*(1), 63-76.

Haslam, N., & Ernst, D. (2002). Essentialist beliefs about mental disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *21*(6), 628-644.

Haslam, N., Rothschild, L., & Ernst, D. (2000). Essentialist beliefs about social categories. *British Journal of Social Psychology*, *39*(1), 113-127.

Haslam, N., & Whelan, J. (2008). Human natures: Psychological essentialism in thinking about differences between people. *Social and Personality Psychology Compass*, *2*(3), 1297-1312.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic chance. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.

Hayes, S. C., & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for Syndromal classification? *Behavioral Assessment, 14*, 345-365.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16(2), 283.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

Hirata, E. S. (2015). Estigma e depressão. *Revista Brasileira de Medicina, 32*, 19-30.

Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. & Corrigan, P. W. (2013). Belittled, avoided, ignored, denied: Assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 31-40.

Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. Routledge.

Keane, R. M. (1990). Contemporary beliefs about mental illness among medical students: Implications for education and practice. *Academic psychiatry*, *14*(3), 172-177.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

Kvaale, E. P., & Haslam, N. (2016). Motivational orientations and psychiatric stigma: Social motives influence how causal explanations relate to stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*, *89*, 111-116.

Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2009). *Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*. Artmed Editora.

Lawrie, S. M., Martin, K.; McNeill, G.; Drife, J.; Chrystie, P. Reid, A.; Wu, P.; Nammary, S.; Ball, J. (1998) General Practitioners' Attitudes to Psychiatry and Medical Illness. In *Psychological Medicine,* 28, 463-467.

Lebowitz, M. S., & Ahn, W. K. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(50), 17786-17790.

Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Dissertação de doutorado, Universidade de São Paulo).

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, *27*(1), 363-385.

Lippman, W. (1922) *Public Opinion*. New York: Harcourt, Brace

Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y. P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Rev Psiq Clín*, *38*(5), 173-177.

Luborsky, L., Singer, B. H. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

Luhrmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. Alfred A. Knopf.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.

Lyons, M., & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma, and mental illness: Learning from fieldwork experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, *49*(10), 1002-1008.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. WW Norton & Co.

Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(3), 312-318.

Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*(4), 405-419.

Messer, S. B., Tishby, O., & Spillman, A. (1992). Taking context seriously in psychotherapy research: Relating therapist inverventions to patient progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(5), 678-688.

Mirabi, M., Weinman, M. L., Magnetti, S. M., & Keppler, K. N. (1985). Professional attitudes toward the chronic mentally ill. *Hospital & Community Psychiatry*, *36* (4), 404-405.

Moreno, A. R., & Moreno, D. H. (1999) Prática psiquiátrica em consultório. *Revista USP*, 43, São Paulo, 44-53.

Neacsiu, A. D., & Linehan, M. M. (2016). Transtorno da personalidade borderline. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo*, 393-455

Organização Mundial de Saúde. (1998) *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis* (Dissertação de doutorado, Universidade de São Paulo).

Page, S. (1980). Social responsiveness toward mental patients: The general public and others. *Canadian Journal of Psychiatry, 25*, 242–246

Paolino, T. J. (1981) *Psychoanalytic psychotherapy: Theory, technique, therapeutic relationships and treatability.* New York: Bruner/Mazel.

Pereira, M. E. (2008). Cognição, categorização, estereótipos e vida urbana. *Ciências e Cognição*, 13(3), 280-287.

Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 33-51.

Piccoloto, N. M; Wainer, R; Piccoloto, L. B. (2008) *Tópicos especiais em terapia-comportamental*, 1, Casa do Psicólogo.

Pinto, T. (2012). Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise. *Ágora, 15*, 405-420.

Plant, E. A., & Devine, P. G. (1998). Internal and external motivation to respond without prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 811.

Prentice, D. A., & Miller, D. T. (2007). Psychological essentialism of human categories. *Current directions in psychological science*, *16*(4), 202-206.

Roche, B., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Hayes, S. C. (2001). Social processes. In *Relational Frame Theory* (pp. 197-209). Springer US.

Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2003). *Psicologia social*. 22ª ed. Petrópolis, RJ. Vozes.

Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., & Corrigan, P. W. (2010). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry research*, *179*(3), 328-332.

Santos, G. M., Santos, M. R. M., & Cunha, V. M. (2012). A escuta cautelosa nos encontros iniciais: a importância do clínico analítico-comportamental ficar sob controle das nuances do comportamento verbal. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*, 138-146.

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1987). What is wrong with daily life in the western world? In B. F. Skinner, *Upon Further Reflection* (pp. 15-31). New Jersey: Prentice Hall.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Stangor, C. (2009). The study of stereotyping, prejudice, and discrimination within social psychology. *Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*, 1-22.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Mental health findings* (NSDUH Series H-45, HHS Publication No. [SMA] 12-4725). Rockville, MD: Author.

Tanesi, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. D. M., & Pitta, J. C. D. N. (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia*, *12*(1), 71-8.

Torres, A. R., & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*, 6-9.

Wielenska, R. C. (2012). O papel da relação terapeuta-cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*, 160-165.

Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology*, *58*, 425–452.

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.

Wilson, K.G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (pp 211-237). New York: Kluwer Academic Publishers.

ANEXO 1:

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE PRIMEIRAS IMPRESSÕES

PRIMEIRAS IMPRESSÕES (COM DIAGNÓSTICO)

Você está participando de uma pesquisa em que irá ler descrições de características psicológicas de três pessoas e em seguida responderá a uma série de perguntas relacionadas às suas impressões sobre cada pessoa. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas primeiras impressões.

1. Carla

Carla é uma mulher de 37 anos, diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior. Em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Carla a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Carla é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Carla é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Carla.

Tendo a me afastar de pessoas como Carla.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Carla.

Acredito que Carla seja uma pessoa difícil.

Carla precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ela possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Carla precisa procurar ajuda profissional.

Carla precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Carla pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Carla depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Carla parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Carla se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Carla é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Carla ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

2. Renato

Renato é um homem de 42 anos, diagnosticado com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Todos os amigos de Renato conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Nas suas finanças e negócios pessoais, ele é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consumem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Renato a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Renato é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Renato é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Renato.

Tendo a me afastar de pessoas como Renato.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Renato.

Acredito que Renato seja uma pessoa difícil.

Renato precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ele possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Renato precisa procurar ajuda profissional.

Renato precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Renato pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Renato depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Renato parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Renato se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Renato é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Renato ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

3. Laura

Laura é uma mulher de 27 anos, diagnosticada com Transtorno de Personalidade Borderline. Laura mora com a mãe, que anda um pouco assustada e tentou – sem sucesso - convencer a filha a procurar ajuda especializada depois de um episódio em que agrediu uma prima durante um jantar de família. Laura admite ficar irritada constantemente e não saber bem o que fazer com relação a isso. Ela gosta de sair e geralmente arranja companhia a curto prazo, já que é uma pessoa agitada e considerada pelos outros como espontânea. As pessoas com quem sai costumam dizer que Laura é a alma da festa e anima qualquer ambiente. Por outro lado, ela é bastante impulsiva e reativa a coisas que não a agradam, o que termina afastando amizades de longo prazo. Apesar de ter vários parceiros sexuais, se sente muito sozinha, uma vez que tem dificuldade em se manter em um relacionamento estável por eventualmente se cansar de todos os seus companheiros; em alguns momentos em que sente solidão extrema, ela faz cortes no próprio braço, que procura esconder depois com blusas de manga comprida. Atualmente, Laura está na graduação em Psicologia, depois de já ter passado por outros três cursos sem que tenha se motivado a concluir nenhum deles. Sua mãe já procurou oportunidades de trabalho para tentar engajá-la em algo diferente, mas desistiu após três tentativas em que Laura termina abandonando o emprego por conta de alguma situação que considerou inaceitável.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Laura a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Laura é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Laura é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Laura.

Tendo a me afastar de pessoas como Laura.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Laura.

Acredito que Laura seja uma pessoa difícil.

Laura precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ela possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Laura precisa procurar ajuda profissional.

Laura precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Laura pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Laura depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Laura parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Laura se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Laura é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Laura ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

PRIMEIRAS IMPRESSÕES (SEM DIAGNÓSTICO)

Você está participando de uma pesquisa em que irá ler descrições de características psicológicas de três pessoas e em seguida responderá a uma série de perguntas relacionadas às suas impressões sobre cada pessoa. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas primeiras impressões.

1. Carla

Carla é uma mulher de 37 anos. Ultimamente em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Carla a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Carla é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Carla é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Carla.

Tendo a me afastar de pessoas como Carla.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Carla.

Acredito que Carla seja uma pessoa difícil.

Carla precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ela possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Carla precisa procurar ajuda profissional.

Carla precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Carla pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Carla depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Carla parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Carla se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Carla é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Carla ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

2. Renato

Renato é um homem de 42 anos e todos os seus amigos conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Nas suas finanças e negócios pessoais, ele é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consumem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Renato a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Renato é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Renato é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Renato.

Tendo a me afastar de pessoas como Renato.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Renato.

Acredito que Renato seja uma pessoa difícil.

Renato precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ele possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Renato precisa procurar ajuda profissional.

Renato precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Renato pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Renato depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Renato parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Renato se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Renato é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Renato ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

3. Laura

Laura é uma mulher de 27 anos e mora com a mãe, que anda um pouco assustada e tentou – sem sucesso - convencer a filha a procurar ajuda especializada depois de um episódio em que agrediu uma prima durante um jantar de família. Laura admite ficar irritada constantemente e não saber bem o que fazer com relação a isso. Ela gosta de sair e geralmente arranja companhia a curto prazo, já que é uma pessoa agitada e considerada pelos outros como espontânea. As pessoas com quem sai costumam dizer que Laura é a alma da festa e anima qualquer ambiente. Por outro lado, ela é bastante impulsiva e reativa a coisas que não a agradam, o que termina afastando amizades de longo prazo. Apesar de ter vários parceiros sexuais, se sente muito sozinha, uma vez que tem dificuldade em se manter em um relacionamento estável por eventualmente se cansar de todos os seus companheiros; em alguns momentos em que sente solidão extrema, ela faz cortes no próprio braço, que procura esconder depois com blusas de manga comprida. Atualmente, Laura está na graduação em Psicologia, depois de já ter passado por outros três cursos sem que tenha se motivado a concluir nenhum deles. Sua mãe já procurou oportunidades de trabalho para tentar engajá-la em algo diferente, mas desistiu após três tentativas em que Laura termina abandonando o emprego por conta de alguma situação que considerou inaceitável.

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas primeiras impressões com relação a Laura a partir da escala apresentada, na qual:

1 = discordo totalmente

7 = concordo totalmente

(***Observação:*** *Na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas de uma escala única de 1 a 7)*

Laura é uma pessoa que poderia fazer parte do meu círculo de amigos.

Laura é alguém que precisa de ajuda.

Sinto-me motivado a ajudar Laura.

Tendo a me afastar de pessoas como Laura.

Sinto-me incomodado com algumas atitudes de Laura.

Acredito que Laura seja uma pessoa difícil.

Laura precisa que seus entes queridos sejam tolerantes e flexíveis para que ela possa passar por esse momento difícil.

Para que possa passar por esse momento difícil, Laura precisa procurar ajuda profissional.

Laura precisa se livrar dos pensamentos e/ou sentimentos ruins que estão presentes para que possa ter uma vida melhor.

Laura pode ter qualidade de vida, ainda que os pensamentos e/ou sentimentos ruins não desapareçam totalmente.

A melhora de Laura depende somente da sua própria persistência e esforço.

Se Laura parar de focar tanto em seus problemas, eventualmente eles desaparecerão.

É melhor que Laura se afaste – ainda que temporariamente - de suas atividades devido à gravidade dos seus problemas.

Diante da escala apresentada, considere que Laura é uma pessoa que você conheceu recentemente e está desenvolvendo uma relação de amizade.

Escolha o número que, em sua opinião, melhor representa a qualidade da relação que você acredita que poderia ser estabelecida entre você e Laura ao longo do tempo.

1 = Relação instável: pouca confiança, relação de pouca intimidade, sentimentos mútuos de incômodo.

7 = Relação estável: muita confiança, relação de intimidade, sentimentos mútuos de afeto.

ANEXO 2:

ESCALAS DE ESSENCIALIZAÇÃO

ESCALAS DE ESSENCIALIZAÇÃO

1. Bases biológicas

O tipo de pessoa que cada um é pode ser em grande parte atribuído à sua herança genética.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Poucos traços que as pessoas possuem podem ser considerados resultados de sua biologia.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Eu acredito que predisposições genéticas tem pouca influência no tipo de pessoa que cada um é.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

O tipo de pessoa que cada um se torna é determinado pela sua disposição biológica.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente

3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Existem diferentes tipos de pessoas e com conhecimento científico suficiente, esses diferentes tipos podem ser associados a causas genéticas.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Os atributos de uma pessoa são algo que não pode ser atribuído à sua biologia.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Com conhecimento científico suficiente, as qualidades básicas de uma pessoa poderiam ser associadas e explicadas por sua disposição biológica.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

As características de uma pessoa nunca são determinadas por seus genes.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente

3 não discordo nem concordo

4 concordo parcialmente

5 concordo totalmente

2. Distintividade

O tipo de uma pessoa é claramente definido; as pessoas ou são de um determinado tipo ou não são.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

As pessoas podem se comportar de maneiras aparentemente ambíguas, mas os aspectos centrais de sua personalidade são bem estabelecidos.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

As qualidades básicas de uma pessoa existem em níveis variáveis e nunca são facilmente categorizáveis.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

O caráter essencial de alguém nunca é facilmente definido.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente

5 concordo totalmente

Uma pessoa ou tem um determinado atributo ou não tem.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Independente das qualidades que uma pessoa tem, elas serão sempre incertas e difíceis de definir.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

As pessoas podem ter vários atributos e nunca são completamente definidas por um em particular.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

3. Informatividade

Quando se está conhecendo uma pessoa, é possível ter uma ideia do tipo de pessoa que ela é muito rapidamente.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

É possível saber sobre muitos aspectos de uma pessoa uma vez que você se familiariza com algumas de suas características básicas.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

O comportamento de uma pessoa em contextos específicos nunca pode dizer muito sobre o tipo de pessoa que ela é.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Apesar de uma pessoa ter alguns traços básicos identificáveis, nunca é fácil fazer julgamentos precisos sobre como ela vai se comportar em situações diversas.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo

4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

De forma geral, uma vez que você conhece alguém em um ou dois contextos, é possível predizer como a pessoa vai se comportar na maioria dos outros contextos.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

É impossível julgar como alguém vai reagir em situações sociais novas.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Existem tipos diferentes de pessoas e é possível saber qual é o tipo de uma pessoa de forma relativamente rápida.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

ANEXO 3:

ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA CONTROLAR O PRECONCEITO

ESCALA DE MOTIVAÇÃO PARA CONTROLAR O PRECONCEITO

Eu sempre expresso meus pensamentos e sentimentos, independente de quão controversos eles sejam.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Passar a vida se preocupando se você vai ofender alguém é um problema a respeito do qual não vale a pena se preocupar.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

É importante para mim que as outras pessoas não me considerem preconceituoso.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Eu sinto que é importante que eu me comporte de acordo com os padrões da sociedade.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Eu acho que é importante falar o que penso, ao invés de me preocupar se estou ofendendo alguém.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Nunca devemos expressar os nossos próprios preconceitos.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Como me incomoda quando sou ofensivo com alguém, sempre tenho o cuidado de considerar o sentimento das outras pessoas.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Quando tenho um pensamento ou sentimento preconceituoso, eu o mantenho para mim mesmo.

1 discordo totalmente
2 discordo parcialmente
3 não discordo nem concordo
4 concordo parcialmente
5 concordo totalmente

Na sociedade de hoje o importante é de maneira alguma ser percebido como preconceituoso.

1 discordo totalmente

2 discordo parcialmente

3 não discordo nem concordo

4 concordo parcialmente

5 concordo totalmente