



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ROBERTA SELES DA COSTA

TRANSTORNO BIPOLAR:
CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL EM GRUPO

ROBERTA SELES DA COSTA

TRANSTORNO BIPOLAR:
CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL EM GRUPO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Zoéga Soares.

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Costa, Roberta Seles da.

Transtorno Bipolar: Contribuições de uma Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo / Roberta Seles da Costa. - Londrina, 2016.
122 f.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Análise do Comportamento - Tese. 2. Transtorno Bipolar - Tese. 3. Intervenção Psicológica - Tese. 4. Grupo - Tese. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

ROBERTA SELES DA COSTA

TRANSTORNO BIPOLAR:
CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Camila Muchon de Melo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Josy de Souza Moriyama
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 14 de setembro de 2016.

Dedico este trabalho aos participantes do grupo que aceitaram o convite de compartilhar suas histórias e seus sofrimentos, que nos confiaram parte de suas vidas e nos permitiram modificar e sermos modificados pela relação única que foi construída no aqui e agora de cada encontro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais que investiram em meus sonhos, me possibilitaram voar e seguir na direção do que era valioso para mim. Nessa viagem fora do ninho pude me descobrir, desenvolver o amor pela Psicologia e por minha profissão, encontrei pessoas especiais e aprendi, sobretudo, o valor de ter para onde voltar. O apoio e o carinho em cada momento em que estive em casa foi essencial para que eu recuperasse as energias e continuasse no caminho que escolhi. Às minhas irmãs Renata e Rafaela também dedico os meus mais sinceros agradecimentos, por presentearem minha vida com a presença singular de cada uma. Aos meus tios e tias, primos e primas que torcem por mim e me incentivam nessa jornada.

À minha orientadora Maria Rita Zoéga Soares agradeço por acreditar em meu trabalho e me acompanhar no decorrer desse desafio, por ser flexível e sensível às minhas necessidades e limitações. Embora não tenha sido minha co-orientadora oficial, agradeço à Renata Grossi por ter assumido o papel de co-orientadora extra-oficial, acho até que esse título tenha lhe caído bem, uma vez que por vezes me ofereceu uma atenção extra, em um horário extra, porque não resiste em ter um coração extra grande. Ainda que não façam parte do mestrado, agradeço aos professores André Luís Vizzaccaro-Amaral e Denise Bragotto por contribuírem para a minha formação como psicóloga e pessoa, aprendi a ser “econômica” comigo mesma e a me reinventar diante das mudanças. Esses repertórios foram importantíssimos para que eu seguisse nesse mestrado com a leveza e a força necessárias.

Vale acrescentar o agradecimento à Agência de Fomento CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior) que possibilitou que eu me dedicasse à realização desse trabalho. Às colaboradoras da graduação Isabela, Angela e Ana Gabriela por terem destinado parte do tempo de suas rotinas sobrecarregadas para auxiliarem na concretização desse projeto. Às residentes em Psiquiatria Gisele e Erica pela observação cuidadosa e participação especial em nosso grupo. Ao Dainon Machado por ter aberto as portas para a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) na linha de pesquisa, deixando o percurso mais suave para mim. À psiquiatra Juliana Brum que me encaminhou seus pacientes e confiou em meu trabalho. E finalmente, ao meu amigo e parceiro de todas as horas Deivid, ter você ao meu lado tornou cada dificuldade menor e cada avanço maior. A nossa relação é muito significativa para mim e sei que mesmo a alguns quilômetros de distância continuaremos próximos.

Às minhas amigas Priscila, Letícia, Fabiana, Daniela, Taciana e Elys, com as quais

dividi o teto em diferentes momentos ao longo da graduação ou do mestrado, agradeço por tê-las como parte da família, por termos transformado nossas repúblicas em lares, por terem me aguentado nos momentos difíceis e comemorado cada conquista. À Raissa por sempre estar presente e fazer parte da minha história, da Psicologia para a vida, de Londrina para todos os lugares. À Camila por ser simplesmente tão querida, por falar o que eu preciso ouvir e ouvir o que eu preciso falar, você foi um presente do fim da graduação e sei que teremos muitas outras realizações para dividir. À Raiana e à Shimeny por serem fonte de espontaneidade e segurança, por estarem dispostas a vivenciar as dores e as delícias da amizade que construímos. À Janaine e à Anelise, por serem a prova de que o tempo e a distância não são suficientes para separar pessoas que cultivam o carinho umas pelas outras.

E por fim, mas de modo algum menos importante, agradeço imensamente ao meu noivo Cristian, com quem quero compartilhar minha vida a cada dia, lado a lado, agora sem mais distâncias, com abraços de verdade e não apenas pelos meios virtuais e eletrônicos que foram nossas principais vias de conexão por tantos anos. Seu jeito de lidar com os problemas, sua capacidade de tomar decisões quando eu absolutamente não sei o que fazer, me ensinam continuamente a vivenciar o momento presente, a equilibrar a rotina entre as demandas profissionais e pessoais, a dar gargalhadas em momentos dolorosos. Não se trata de fugir da dor, mas de dançar com ela.

Obrigada Meu Deus por ter tantos motivos para agradecer!

**“Não pergunte que doença a pessoa tem, mas que
pessoa a doença tem”**

(Atribuído a Willian Osler)

COSTA, Roberta Seles. **Transtorno bipolar:** contribuições de uma intervenção analítico-comportamental em grupo. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por alterações de humor, as quais podem oscilar entre episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos ou mistos. Tal quadro psiquiátrico pode apresentar impacto em diversos âmbitos da vida do indivíduo, desde o profissional até o interpessoal. Tanto intervenções farmacológicas, quanto psicológicas se fazem necessárias. Desse modo, delineou-se um programa de intervenção analítico-comportamental para pessoas diagnosticadas com TB, envolvendo estratégias de psicoeducação e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A própria interação terapêutica também foi utilizada como foco de análise e intervenção, considerando os pressupostos da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP). Além de conscientizar os participantes acerca das características do TB e sobre a importância do tratamento, buscou-se promover condições para que os indivíduos aprendessem a lidar com os próprios sentimentos sem tentar controlá-los, bem como definissem valores de vida e passassem a agir de acordo com os mesmos tanto no contexto terapêutico, quanto em ambiente natural. O grupo totalizou 10 sessões e contou com 5 participantes, avaliados antes da intervenção, após e no follow-up de três meses. Em cada uma dessas etapas aplicou-se a Escala Young (mania/hipomania), a Escala Hamilton (depressão) e o WHOQOL-*bref* (qualidade de vida). A maioria das estratégias e metáforas utilizadas foram elaboradas e adaptadas pela pesquisadora em parceria com os demais membros responsáveis pelo trabalho. Essa flexibilidade quanto aos recursos da ACT indica que a mesma não se resume à utilização de estratégias e metáforas, uma vez que os princípios que a norteiam podem ser ampliados para os mais diferentes formatos de atendimento e ainda ser capaz de desenvolver repertórios comportamentais que são objetivos da proposta. A adoção dos pressupostos da FAP também foi essencial para que as decisões tomadas quanto aos rumos da intervenção fossem contingentes aos comportamentos apresentados por cada participante. Essa condição, favoreceu a modelagem direta e a qualidade do relacionamento entre os membros do grupo. A partir da avaliação dos participantes e da equipe de pesquisa, considerou-se que as estratégias elaboradas e o formato do programa foram adequados para atender a demanda específica do grupo e desenvolver repertório para lidar com as contingências relacionadas ao TB. Ademais, a avaliação demonstrou que após a intervenção houve redução nos sintomas e melhora nos aspectos físico e psicológico da qualidade de vida. Observou-se correlação estatística entre o escore no domínio psicológico e a frequência nas sessões do grupo. Considerando a complexidade característica de uma intervenção baseada em ACT e as demandas apresentadas pelos participantes, acredita-se que uma intervenção com um número maior de sessões poderia ser benéfica, de modo a trabalhar cada um dos pilares da ACT (aceitação, desfusão, self como contexto, momento presente, valores e ação comprometida) com mais tempo e profundidade. Tal condição poderia auxiliar na modelação de repertórios comportamentais relevantes tanto para a dimensão intrapessoal, quanto para a interpessoal de cada participante, favorecendo o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis e a melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Intervenção em grupo. Análise do Comportamento. Transtorno Bipolar. Terapia de Aceitação e Compromisso. Psicoeducação.

COSTA, Roberta Seles. **Bipolar Disorder**: Contributions of a Behavior Analytic Intervention Group. 2016. 122 p. Dissertação (Pós-graduação em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Bipolar Disorder- BD -is characterized by mood swings that can vary from maniac, hypomanic to depressive or a mix of all. Such psychiatric circumstances can impact several areas of an individual's life, from professional to interpersonal. Taking into consideration the need for psychological intervention for this population, an analytical behavioral group intervention program was developed for people diagnosed with BD, using Psych education strategies and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Therapeutical interaction was also used as basis for analysis and intervention, considering the theories of Functional Analytic Psychotherapy (FAP). Besides bringing awareness to participants about the characteristics of BD and about the importance of the treatment, it was also relevant to help individuals learn how to deal with their feelings without trying to control them, defining life values and acting accordingly, both in the treatment context and natural environment. The group of 5 participants had 10 sessions. They were evaluated before and after the intervention as well as during a 3 month follow up. In each one of these stages, the Young Rating Scale (mania/hypomania), the Hamilton Rating Scale (depression) and the WHOQOL-brief (quality of life) were used. The majority of the strategies and metaphors used were developed and adapted by the researcher in partnership with other members responsible for the work. The flexibility provided by the ACT resources indicated that the therapy does not limit itself to the use of strategies and metaphors, as the principles they are based on can be broadened to the most different formats of therapy and show the ability to develop a behavior pattern. The adoption of FAP theories was essential for the decisions made in relation to the intervention planning so that they were coherent with the behavior shown by each participant. This condition favored the direct conditioning and the quality of the relationship among group members. The evaluation done by the participants and the research team made it possible to consider that the strategies and format used in the program were adequate to meet the group's needs, as well as to develop a pattern to deal with issues related to BD. Furthermore, the evaluation showed that after intervention there was a reduction of the symptoms and an improvement of the physical and psychological aspects of quality of life. It was possible to observe a statistical correlation between the psychological domain and the group sessions frequency. Considering the complexity of an intervention based on ACT and participants needs, it is possible to believe that an intervention with a higher number of sessions could be beneficial, allowing for a work with a more specific focus in each ACT aspect (acceptance, defusion, self as context, present moment, values and commitment). Such circumstance can help with important behavior conditioning in intrapersonal and interpersonal dimensions for each participant, making it possible to develop healthy relationships and a better quality of life.

Keywords: Group intervention. Behavior Analysis. Bipolar Disorder. Acceptance and Commitment Therapy. Psychoeducation.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
ARTIGO 1. INTERFACE ENTRE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E PSIQUIATRIA: REFLEXÕES A PARTIR DA PRÁTICA CLÍNICA COM TRANSTORNO BIPOLAR	14
Resumo	15
Abstract	15
Resumen	15
Introdução	16
O que é “normal” e o que é “anormal” a partir de uma perspectiva analítico- comportamental?	17
Qual o papel da Psiquiatria para a prática clínica do psicólogo analista do comportamento?	21
Os sistemas de classificação diagnóstica podem ser úteis para o terapeuta analítico-comportamental?	23
Considerações finais	25
Referências	28
ARTIGO 2. ESTRUTURA DAS SESSÕES DE UMA INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO BIPOLAR	31
Resumo	32
Abstract	32
Introdução	33
Método	36
Participantes	36
Instrumentos para seleção e avaliação dos participantes	36
Procedimento para elaboração da intervenção	37
Procedimento para avaliação do programa de intervenção	39
Resultados e Discussão	39
Descrição dos objetivos e estratégias de cada sessão	39
Análise do formato da intervenção	51

Considerações finais	53
Referências	57

ARTIGO 3. TRANSTORNO BIPOLAR: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA UMA INTERVENÇÃO EM GRUPO	60
Resumo	61
Abstract	61
Resumen	62
Introdução	63
Avaliação e Intervenção	65
Contribuições da FAP	65
Considerações finais	73
Referências	75

ARTIGO 4. TRANSTORNO BIPOLAR: AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO	77
Resumo	78
Abstract	78
Resumen	78
Introdução	80
Método	81
Participantes	81
Instrumentos	82
Procedimento	82
Procedimento de análise dos dados	84
Procedimentos éticos	85
Resultados	85
Discussão	92
Considerações finais	95
Referências	97

ANEXOS	100
ANEXO A: QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	101

ANEXO B: ESCALA DE HAMILTON	102
ANEXO C: ESCALA DE YOUNG	106
ANEXO D: WHOQOL- <i>Bref</i>	110
ANEXO E: QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA ACT	113
ANEXO F: QUADRO CURTO E LONGO PRAZO (TERCEIRA SESSÃO)	114
APÊNDICES	115
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	116
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ACT EXTRAÍDO DE HARRIS (2011) - ADAPTADO.....	117
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	119
APÊNDICE D: LISTA DE SINTOMAS E GRÁFICO DO HUMOR (SEGUNDA SESSÃO)	120
APÊNDICE E: “O CONVITE” – VERSÃO REDUZIDA E ADAPTADA (QUARTA SESSÃO)	121
APÊNDICE F: ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	122

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação versará sobre a elaboração, aplicação e avaliação de um Programa de Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo desenvolvido para pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar. Tal atendimento foi realizado com 5 participantes e contou com 10 encontros, sendo que para a condução dos mesmos utilizou-se como base as temáticas da Psicoeducação, os princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

O trabalho encontra-se organizado em quatro artigos, sendo que até o presente momento, obteve-se retorno da revista apenas em relação ao segundo, enquanto os demais manuscritos estão em processo de submissão e avaliação. Desse modo, as versões apresentadas na dissertação podem passar por alterações aos serem publicadas, a depender do parecer dos periódicos.

O primeiro artigo foi intitulado “Interface entre Análise do Comportamento e Psiquiatria: Reflexões a partir da Prática Clínica com Transtorno Bipolar” e escrito juntamente com a Prof.^a Renata Grossi. Nele se fez uma discussão acerca da possibilidade de parceria entre analistas do comportamento e psiquiatras, considerando as experiências dos estudos realizados pela linha de pesquisa do Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O segundo, “Estrutura das Sessões de uma Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo para Pessoas Diagnosticadas com Transtorno Bipolar”, também com coautoria da Prof.^a Renata Grossi, tem como foco o processo de planejamento e execução dos encontros, desse modo as estratégias delineadas para cada sessão foram descritas e se fez uma análise no que tange ao formato da intervenção. Tal manuscrito foi aceito pela Revista Acta Comportamentalia e tem previsão de ser publicado no início de 2017.

No terceiro artigo “Transtorno Bipolar: Contribuições da Psicoterapia Analítica Funcional para uma Intervenção em Grupo” buscou-se esclarecer de forma pontual a aplicação da FAP no grupo, para isso foram selecionados comportamentos clinicamente relevantes de cada participante e qual a intervenção realizada.

Por fim, no último manuscrito “Transtorno Bipolar: avaliação de uma intervenção analítico-comportamental em grupo” a proposta do programa foi brevemente descrita e se deu ênfase aos resultados da aplicação dos instrumentos pré e pós-intervenção, no sentido de verificar o impacto do atendimento em relação aos episódios de mania/hipomania e depressão do Transtorno Bipolar e à qualidade de vida dos participantes.

A partir dessa estrutura objetivou-se difundir o presente trabalho, propiciando condições para que os leitores interessados na área possam discutir a respeito da parceria entre Psicologia e Psiquiatria, aplicar intervenções que se utilizem da Psicoeducação, ACT e FAP, bem como reconhecer os resultados alcançados e as limitações envolvidas nessa pesquisa. Espera-se também que novos estudos sejam realizados, aperfeiçoando o programa de intervenção e ampliando sua aplicação para outros contextos, de modo a contribuir para o tratamento de pessoas com o diagnóstico de Transtorno Bipolar.

Interface entre análise do comportamento e psiquiatria: Reflexões a partir da prática clínica com Transtorno Bipolar

Interface between behavior analysis and psychiatry: Reflections from clinical practice with Bipolar Disorder

Interface entre el análisis del comportamiento y la psiquiatría: reflexiones desde la práctica clínica con trastorno bipolar

Interface entre terapia analítico-comportamental e psiquiatria

Interface between behavioral-analytical therapy and psychiatry

Interface entre la terapia analítico-conductual y la psiquiatria

Roberta Seles da Costa, Maria Rita Zoéga Soares e Renata Grossi
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Resumo

O sofrimento humano é foco de atuação na prática clínica de psicólogos e psiquiatras. Os recursos para estudo e intervenção frente a tal fenômeno diferem entre os profissionais dessas áreas. Considerando as possibilidades e limitações do diálogo entre a terapia analítico-comportamental e a psiquiatria, o presente artigo objetiva proporcionar condições para que se reflita sobre o conceito de normalidade, o papel da psiquiatria para o processo psicoterapêutico, o uso dos manuais de classificações diagnósticas, a utilidade desse recurso e os cuidados a serem tomados por terapeutas na adoção desse material. Para compor cada um dos tópicos abordados, serão expostos exemplos das intervenções desenvolvidas em um grupo de pesquisa, direcionadas a pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar. Embora os exemplos discutidos versem sobre esse quadro psiquiátrico, acredita-se que as análises desenvolvidas permitam ampliar o debate para outras psicopatologias, potencializem a prática clínica do analista do comportamento e beneficiem aqueles que procuram psicoterapia.

Palavras-chave: terapia analítico-comportamental, psiquiatria, psicopatologia, prática clínica, transtorno bipolar.

Abstract

Human suffering is focus of activity in clinical practice of psychologists and psychiatrists. Resources for study and intervention of this phenomenon differ among professionals in these areas. Considering the possibilities and limitations of the dialogue between the analytical-behavioral therapy and psychiatry this article aims to provide conditions for to reflect on the concept of normality, the role of psychiatry for the psychotherapeutic process, the use of diagnostic classifications manuals, the usefulness of this feature and the precautions to be taken by therapists in the adoption of this material. To compose each of the topics presented in this work examples, developed in a research group, of interventions, directed to people diagnosed with Bipolar Disorder, will be exposed. Although the examples discussed concern Bipolar Disorder, it is believed that the developed analyzes can widen the debate to other psychopathologies, enhancing the behavior-analyst clinical practice and benefiting those who seeks for psychotherapy.

Key-Words: behavioral-analytical therapy, psychiatry, psychopathology, clinical practice, bipolar disorder.

Resumen

El sufrimiento humano es foco de atención en la práctica clínica de psicólogos y psiquiatras. Los recursos para el estudio y la intervención de este fenómeno se diferencian entre los profesionales de estas áreas. Teniendo en cuenta las posibilidades y las limitaciones de diálogo entre la terapia analítico-conductual y la psiquiatría, el objetivo de este artículo es proporcionar condiciones para que se reflexione sobre el concepto de normalidad, el papel de la psiquiatría para el proceso psicoterapéutico, el uso de los manuales de clasificaciones diagnósticas, la utilidad de ese recurso y los cuidados que terapeutas deben de tener en la adopción de este material. Para componer cada uno de los temas, se utilizarán ejemplos de intervenciones desarrolladas en un grupo de investigación, dirigido a personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar. Aunque los ejemplos discutidos aborden esta condición psiquiátrica, se considera que los análisis desarrollados, permitan ampliar el debate para otras psicopatologías, mejorar la práctica clínica del analista de la conducta y beneficiar aquellos que buscan la psicoterapia.

Palabras-clave: terapia analítico-conductual, psiquiatría, psicopatología, práctica clínica, trastorno bipolar.

Tanto o psicólogo, quanto o psiquiatra em suas respectivas atuações clínicas, lidam com o sofrimento humano. Embora os recursos para estudo e intervenção frente ao mesmo fenômeno possam diferir entre os profissionais dessas áreas, o papel de ambos parece, sobretudo, complementar. Nessa direção, a partir do relato de experiências das intervenções direcionadas a pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar (TB), desenvolvidas pelo grupo de pesquisa realizado pelas autoras desse trabalho no Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL), o presente artigo objetiva fomentar a reflexão sobre o conceito de normalidade, o papel da psiquiatria para o processo psicoterapêutico, o uso das classificações diagnósticas, a utilidade desse recurso e os cuidados a serem tomados por terapeutas analítico-comportamentais na adoção desse material.

Serão destacados quatro estudos, sendo que desses três realizaram atendimento em grupo e Chagas (2013) fez a análise a partir de entrevistas individuais com duas pessoas diagnosticadas com TB. Mussi (2012) conduziu uma intervenção psicoeducacional com 9 participantes, ao longo de 16 encontros. Machado (2015) contou com 3 participantes e realizou 5 sessões, nas quais adaptou protocolos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) aplicados para quadros psicóticos, de ansiedade, depressão e dor crônica. O grupo de Costa (2016) tinha 5 pessoas também com diagnóstico de TB e foi composto por 10 encontros embasados tanto em psicoeducação, quanto em ACT.

Vale apontar que todas as pesquisas contaram, em alguma medida, com a parceria entre o psicólogo e o psiquiatra, uma vez que o Departamento de Análise do Comportamento está inserido no Programa de Residência em Psiquiatria da UEL e de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde, participando da formação teórico-prática dos residentes, alunos de mestrado e de doutorado. Além disso, todos os trabalhos mencionados utilizaram a classificação diagnóstica para a seleção dos participantes e para o direcionamento de algumas decisões quanto às estratégias de intervenção. Dessa forma, as referidas experiências serão

contempladas a fim de facilitar a apresentação das possíveis vantagens e dificuldades relacionadas à aproximação entre a Análise do Comportamento e a Psiquiatria.

O que é “normal” e o que é “anormal” a partir de uma perspectiva analítico-comportamental?

Na década de 1990, Skinner (1989/1991) apontou que comportamentos “desviantes” não seriam causados por sentimentos ou estados da mente perturbadores, mas sim por contingências perturbadoras, as quais poderiam ser manipuladas para a alteração desses padrões comportamentais. Anos mais tarde, Falk e Kupfer (1998) prolongaram a discussão e levantaram o questionamento se o comportamento “psicopatológico” consistiria em uma resposta anormal para um ambiente normal ou em uma resposta normal para um contexto extremo ou desordenado.

O debate acerca das dicotomias “normal x anormal” e “saudável x patológico” não é recente e perpassa diferentes campos do saber, os quais incluem tanto a Psicologia e a Análise do Comportamento, quanto a Medicina. De acordo com Boas, Banaco e Borges (2012), o critério adotado pela Análise do Comportamento para a compreensão da psicopatologia é o próprio sofrimento, tendo em vista que determinados comportamentos merecem maior atenção do clínico ou de profissionais de saúde não por serem patológicos em si, mas por não atenderem expectativas sociais, de modo a resultarem em sofrimento para os indivíduos que os apresentam e para as pessoas de seu convívio.

A partir desta perspectiva, os comportamentos tidos como “psicopatológicos” ou “anormais” podem ser entendidos como comportamentos típicos que acontecem em frequência ou intensidade que causam desconforto e/ou outras reações emocionais intensas ou ocorrem em um contexto inadequado. A “psicopatologia”, nessa direção, implica em excessos ou déficits comportamentais, os quais estão relacionados a estímulos ambientais, de modo a

serem multideterminados por variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais, assim como qualquer outro comportamento considerado “normal” (Ulmann & Krasner, 1969; Gongora, 2003).

Ainda que essa visão defenda a construção do “normal x anormal” enquanto um produto cultural e privilegie o histórico de reforçamento, presente no nível ontogenético, para a compreensão dos comportamentos vistos como “desviantes”, faz-se necessário considerar a interação com as variáveis biológicas. Dada a plasticidade neural, é possível que o comportamento do indivíduo altere componentes neurobiológicos, assim como esses podem ser capazes de afetar o comportamento (Ferrari, Toyoda, Faleiros & Cerutti, 2001). No caso do TB, por exemplo, do ponto de vista orgânico, Matta (2012) aponta que existem pesquisas indicando a presença de alterações no funcionamento cerebral desses pacientes, as quais podem interferir no sono, peso e interesse sexual, aspectos relacionados aos critérios diagnósticos do transtorno definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

Em relação às alterações biológicas presentes no TB também é possível mencionar que quanto maior o número de crises dos episódios, especialmente os de mania, maior será o prejuízo cognitivo dada a progressão acelerada da degeneração neurológica (Rocca & Lafer, 2006). No grupo conduzido por Machado (2015), por exemplo, uma participante que na época tinha 52 anos, apresentava dificuldades significativas relativas ao raciocínio abstrato, concentração e memória. Tal cliente apresentava diagnóstico psiquiátrico há 27 anos e diagnóstico de TB, mais especificamente, há 3 anos. Desde o primeiro diagnóstico de depressão, a paciente havia passado por várias crises, com 3 episódios de hospitalização e 3 tentativas de suicídio.

Outro aspecto importante no que tange ao nível biológico é apontado no DSM-5, que descreve o histórico familiar do TB como um dos fatores que indicam predisposição para o

desenvolvimento do referido quadro. Michelon e Vallada (2005) apresentam estudos populacionais que apontam que quanto maior o grau de parentesco e maior o número de afetados com parentesco próximo, maior a probabilidade de diagnóstico positivo para o transtorno. No grupo desenvolvido por Costa (2016), constatou-se que todos os participantes apresentavam histórico de transtorno psiquiátrico na família. Duas participantes tinham irmãs com o diagnóstico de TB e a mãe de um dos clientes apresentava o mesmo quadro. Ademais, as mães de duas participantes faziam tratamento contínuo para depressão.

A esse respeito, pode-se sugerir que questões genéticas estariam envolvidas, assim como questões ambientais, tendo em vista que a instabilidade de humor apresentada pelos pais poderia estar associada aos comportamentos dos filhos. Isso se daria tanto através de aprendizagem por modelação, quanto devido ao acesso limitado a contingências que favorecessem a ocorrência de comportamentos considerados adequados (Wahler, 1976; Wahler, 1997). Em entrevistas individuais e sessões do grupo de Costa (2016), os participantes relataram dificuldades vivenciadas no relacionamento familiar, que provavelmente interferiram para a falta de condições que desenvolvessem a discriminação e a expressão dos sentimentos, o repertório de autoconhecimento e a modelagem de comportamentos socialmente adequados.

Nos dois casos analisados por Chagas (2013) também foi possível observar a inadequação do ambiente familiar. Um dos pacientes tinha o pai alcoolista, instável e agressivo e o outro, a mãe oscilava entre comportamentos agressivos e de isolamento social. Certamente os comportamentos característicos do TB apresentados pelos participantes não foram determinados apenas pela variável genética, contudo, também não se pode desconsiderar que variáveis orgânicas específicas estiveram envolvidas na aprendizagem e na manutenção de repertórios comportamentais, dada a história de desenvolvimento do transtorno, como crises, internações e efeitos colaterais decorrentes do uso de medicação.

Nos apontamentos discutidos nota-se que o “normal” e o “anormal” são definidos de acordo com o contexto. Retomando a reflexão de Falk e Kupfer (1998) e considerando os exemplos mencionados, faz sentido compreender os comportamentos "anormais" como respostas "esperadas" diante de ambientes perturbados. Ao analista do comportamento, por sua vez, cabe incluir na definição de “ambiente perturbado” tanto a história individual e as influências culturais, quanto as variáveis biológicas que, como parte desse ambiente, repercutem no modo como o indivíduo interage com o meio e é afetado por ele.

Qual o papel da Psiquiatria para a prática clínica do psicólogo analista do comportamento?

Partindo da premissa de que o comportamento humano é complexo, multideterminado e que, para a sua mudança, se faz necessária a manipulação de variáveis das quais é função, torna-se relevante refletir sobre o diálogo do psicólogo analista do comportamento com profissionais de outras áreas. Tratando-se especificamente dos comportamentos classificados como “psicopatológicos” e que causam sofrimento tanto para o indivíduo, quanto para aqueles que estão ao seu redor, uma das possibilidades de minimizar as dificuldades encontradas na prática clínica consiste no estabelecimento de parceria com a área psiquiátrica.

Nesse sentido, trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa buscaram a participação direta de profissionais da psiquiatria, por meio de alunos da residência que participavam de disciplina específica de formação em Análise do Comportamento. Em dois dos estudos, esses profissionais acompanharam as sessões do grupo como co-terapeutas e puderam esclarecer dúvidas dos participantes, principalmente aquelas que se referiam aos sintomas e ao uso dos medicamentos (Mussi, 2012; Machado, 2015). No grupo de Costa (2016), as psiquiatras assistiram aos atendimentos em sala de espelho e participaram das supervisões. Além disso, em um dos encontros, as duas residentes envolvidas com a pesquisa

fizeram uma apresentação acerca de tópicos relacionados à psicoeducação, tais como: características do TB, risco de suicídio, abuso de álcool e drogas, gestação, amamentação e tratamento farmacológico.

A conscientização no que tange à importância do tratamento medicamentoso se faz necessária na medida em que o índice de não adesão em casos de TB é bastante alto. Geralmente, ao notarem melhoras dos sintomas, pacientes deixam de tomar os remédios e, conseqüentemente, voltam a apresentar as crises. É evidente que tal condição pode agravar o quadro e acelerar ou intensificar os danos neurocognitivos (Nunes, Vargas, Liboni, Liboni & Liboni, 2010). Ademais, os efeitos prejudiciais do não uso dos fármacos sugerem que a administração dos mesmos produz alterações em nível neuroquímico, as quais possivelmente interferem no comportamento do indivíduo.

Uma das participantes do grupo de Costa (2016) relatou que havia abandonado o acompanhamento psiquiátrico, bem como a ingestão dos medicamentos, pois não estaria observando resultados. Ao longo das sessões, a cliente notou que estava mais agitada e irritada do que antes, o que vinha interferindo negativamente em sua rotina e no relacionamento com a família. Nesse caso, os terapeutas orientaram a cliente a retomar o atendimento com a psiquiatra e a partir do uso de medicamentos, adequação da dosagem e participação nas sessões do grupo psicoterapêutico, a cliente relatou melhoras na interação com o esposo e o filho, lidando de modo mais adequado com as oscilações de humor.

Quanto à questão medicamentosa também não se pode deixar de considerar a adequação da mesma para que os efeitos esperados sejam alcançados. O diagnóstico de TB costuma demorar em média 10 anos para ser confirmado. Em muitos casos, por estar vivenciando um episódio depressivo o paciente é tratado com antidepressivos, medicamento que pode ser ineficaz e danoso para o TB (Stahl, 2008). Na intervenção de Machado (2015) e Costa (2016), mais da metade dos participantes haviam feito tratamento para depressão antes

de serem diagnosticados com TB. Mussi, Soares & Grossi (2013) apontaram que um dos estímulos antecedentes para as crises de mania dos participantes se referia ao uso de antidepressivos.

A adoção dos fármacos também pode repercutir sobre outra questão bastante séria, relacionada à prevenção do suicídio. De acordo com o DSM – 5 (APA, 2013), estima-se que o risco de suicídio em pessoas com diagnóstico de TB é pelo menos quinze vezes maior que o da população geral, sendo que aproximadamente 1/4 de todos os suicídios estão relacionados a esse transtorno. Além disso, o manual indica que no TB tipo II (quando não há a presença de episódio maníaco, apenas de hipomania e de depressão) cerca de 1/3 dos indivíduos diagnosticados apresenta histórico de tentativas ao longo da vida. Neste sentido, pensamentos de morte e ideação suicida configuram-se como critérios diagnósticos.

Convergindo com tais dados, no grupo de Mussi (2012) 7 dos 9 participantes já haviam tentado suicídio mais de 2 vezes, e todos ao menos uma vez por ingestão de medicamentos. Na intervenção conduzida por Machado (2015) as três participantes tentaram pelo menos uma vez e das 11 entrevistas realizadas por Costa (2016) para a formação do grupo, 8 pessoas confirmaram tentativas de suicídio. Uma participante desse último grupo atribuiu como um dos principais efeitos dos remédios a eliminação dos pensamentos de morte e do engajamento em tentativas de retirar a própria vida.

Mais uma vez percebe-se que avanços na área médica tem contribuído para a manipulação de variáveis que afetam comportamentos relacionados ao sofrimento, o que confirma a constante interação entre as variáveis externas e internas (Todorov, 2007). De modo algum se defende o uso isolado das estratégias farmacológicas, pois os medicamentos podem alterar a capacidade do indivíduo de se relacionar com o meio, mas não são capazes de promover todas as mudanças necessárias (Richelle, 2014). A partir das experiências vivenciadas, tem-se notado que não basta fazer uso da medicação, também é preciso que o

indivíduo se exponha a novas contingências para ter acesso a reforçadores, inclusive sociais e passe a aprender repertórios alternativos de resolução de problemas, assertividade, autoconhecimento, expressão de sentimentos etc.

Nas intervenções aplicadas pelo grupo de pesquisa, observou-se que a participação de psiquiatras colaborou para a adesão ao tratamento médico e psicológico, permitindo que os participantes esclarecessem suas dúvidas e compreendessem as possibilidades e limitações referentes ao TB, de modo a discriminarem que o diagnóstico não representava uma incapacidade total para as atividades cotidianas. Dessa forma, o trabalho conjunto demonstrou se configurar enquanto uma alternativa viável de troca, no qual cada campo de conhecimento e prática intervêm frente a variáveis específicas, contribuindo para potencializar a melhora do cliente.

Os sistemas de classificação diagnóstica podem ser úteis para o terapeuta analítico-comportamental?

Apesar das críticas aos sistemas de classificações diagnósticas, especialmente no que tange à descrição topográfica, Banaco, Zamignani e Meyer (2010) reconhecem que o DSM resulta do trabalho de um corpo vasto de profissionais experientes e pesquisadores de diferentes referenciais teóricos, incorporando aspectos culturais à descrição dos transtornos, bem como distanciando-se da influência psicodinâmica, presente nas primeiras versões do manual.

Nessa mesma direção, Meyer et al. (2015) descreve a utilidade das classificações diagnósticas encontradas no DSM para a condução de casos clínicos, uma vez que o mesmo pode auxiliar para a formulação da análise funcional, a qual continua sendo a principal ferramenta do analista do comportamento. Os autores defendem também que o uso adequado do material, além de contribuir para a identificação de classes funcionais relevantes, pode

auxiliar no fortalecimento do vínculo terapêutico e no manejo das expectativas do terapeuta acerca do caso, de modo que o mesmo fique ainda mais sensível a melhoras sutis apresentadas pelo cliente e conseqüentemente direcione a intervenção de modo mais eficiente.

Outro benefício observado na experiência com os participantes dos grupos de intervenção se refere aos padrões comportamentais semelhantes entre eles, o que por sua vez, facilitou a empatia e a coesão entre os clientes ao longo dos atendimentos. Além disso, embora as intervenções delineadas tenham se atentado às particularidades de cada indivíduo, notou-se que as estratégias adotadas para o grupo como um todo demonstraram-se adequadas, sugerindo a similaridade entre as contingências a que estavam expostos.

Ainda que os padrões comportamentais apresentados pelos participantes fossem similares em determinados aspectos, coube aos terapeutas o cuidado de analisar os comportamentos funcionalmente, de modo a não enviesar a avaliação dos casos atentando-se apenas às descrições provenientes dos manuais psiquiátricos. Afinal, a intervenção psicológica não busca controlar sintomas, mas sim promover o desenvolvimento de repertórios comportamentais, que permitam ao indivíduo adaptar-se ao ambiente de modo satisfatório, ou seja, que favoreça a obtenção de reforçadores, especialmente positivos.

Nota-se que para o uso dos manuais psiquiátricos, alguns cuidados precisam ser tomados, entre eles o de não estigmatizar o indivíduo a partir do diagnóstico. Nesse sentido, nas intervenções realizadas, discutiu-se que o diagnóstico de TB não era suficiente para definir cada indivíduo e que a mudança de comportamentos seria possível em detrimento do rótulo, a partir da manipulação de condições ambientais. Como resultado desse tipo de estratégia, no decorrer do processo os clientes verbalizaram que não percebiam mais o diagnóstico como incapacitante para o alcance de seus objetivos de vida, bem como diminuíram os comportamentos de esquiva diante de condições aversivas que antes justificavam com base no TB.

Adverte-se, portanto, que os sintomas referentes ao diagnóstico não devem ser concebidos como imutáveis, uma vez que envolvem comportamentos e esses estão em interação constante com o ambiente. A partir da aplicação pré e pós intervenção de instrumentos que avaliavam os sintomas de mania e depressão, tanto os participantes do grupo de Mussi (2012), quanto os de Machado (2015) e de Costa (2016) apresentaram redução nos escores de gravidade e aumento em fatores de qualidade de vida. Embora nem todos os resultados tenham sido estatisticamente significativos, melhoras qualitativas foram identificadas no repertório comportamental dos participantes, inclusive, no que tange ao manejo das condições ambientais referentes ao TB.

Considerações finais

O próprio Skinner (1989/1991) defendeu que para a compreensão e explicação do comportamento humano, se faria necessária a atuação conjunta da Análise do Comportamento com outros campos de conhecimento, como a etologia e as ciências do cérebro. Tal afirmação configura-se como mais um argumento a favor da aproximação entre a Terapia Analítico-Comportamental e a Psiquiatria, a fim de aperfeiçoar a capacidade de previsão e controle dos profissionais clínicos de ambos os seguimentos.

Nesse sentido, assim como a prática do terapeuta analítico-comportamental pode ser beneficiada a partir do trabalho clínico do psiquiatra, a atuação desse pode receber contribuições da Psicologia e dos pressupostos do Behaviorismo Radical (Corchs, 2010). Dessa forma, a participação de analistas do comportamento na formação de psiquiatras representa um diferencial para as áreas, inclusive, se tem notado que os médicos que embasam sua prática em uma perspectiva analítico-comportamental, compreendem os comportamentos tidos como psicopatológicos a partir de um paradigma contextualista

funcional, o que contribui para uma intervenção que não se restringe ao tratamento medicamentoso.

Torna-se claro que a formação analítico-comportamental do psiquiatra é um aspecto favorável ao diálogo. Entretanto, não significa que a parceria com médicos dessa especialidade que adotam abordagens diferentes seja dispensável ou inviável. De modo geral, o caráter de cientificidade da Análise do Comportamento facilita a sua inserção no ambiente médico, sobretudo devido ao sólido referencial teórico e ao embasamento experimental reconhecido nas ciências da saúde (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Um passo na direção de fortalecer a inclusão do analista do comportamento nesse contexto, corresponde ao acompanhamento dos avanços produzidos pela Psiquiatria, bem como à publicação de produções analítico-comportamentais em periódicos médicos, especialmente da área psiquiátrica. Acredita-se que, por meio desse tipo de iniciativa, pode-se incentivar o rompimento da visão estigmatizada que, por vezes, o psicólogo tem a respeito do psiquiatra e esse tem sobre o terapeuta.

A experiência vivenciada no grupo de pesquisa do Mestrado em Análise do Comportamento da UEL tem indicado o quanto a parceria entre a intervenção analítico-comportamental e o acompanhamento psiquiátrico pode contribuir para a qualidade do atendimento ofertado ao cliente. O papel do médico e do psicólogo são complementares e distintos. É importante esclarecer que os resultados esperados dependem da adesão, não somente ao tratamento farmacológico, mas também do engajamento em relação à mudança de comportamentos no ambiente natural, o que por sua vez ocorre a partir de um processo gradual e não de modo imediato.

A partir da reflexão delineada e do compartilhamento das experiências do grupo de pesquisa, buscou-se fomentar a discussão acerca do papel da parceria entre a Terapia Analítico-Comportamental e a Psiquiatria, bem como convidar profissionais de ambas as

áreas a refletirem sobre suas respectivas práticas. Espera-se que o presente trabalho também possa incentivar o diálogo com profissionais diversos, indicando a necessidade de uma atuação interdisciplinar. Do mesmo modo, embora as intervenções práticas mencionadas tenham se referido especificamente à população diagnosticada com TB, acredita-se que seja possível extrapolar os apontamentos formulados para as demais condições “psicopatológicas”. Nessa direção, almeja-se que o clínico seja capaz de se posicionar a depender, especialmente, da utilidade para a melhora daquele que está em sofrimento e procura seus serviços.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana (2013) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Nascimento, M. I. C.; et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed
- Banaco, R. A.; Zamignani, D. R.; Martone, R. C.; Vermes, J. S.; Kovac, R. (2012) Psicopatologia In: Hubner, M. M. C. & Moreira, M. B. (Orgs.) *Fundamentos de Psicologia: Temas clássicos da Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (pp. 154-166). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Banaco, R. A.; Zamignani, D. R.; Meyer, S. B. (2010) Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas Analítico-comportamentais discutem a Psicopatologia In: Tourinho, E. Z. & Luna, S. V. (Orgs.) *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo, Roca.
- Boas, D. L. O. V.; Banaco, R. A.; Borges, N. B. (2012) Discussões da Análise do Comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: Borges, N. B. & Cassas, F. A. (Orgs.) *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 95-101). Porto Alegre, Artmed.
- Cavalcante, S. N.; Tourinho, E. Z. (1998) Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 14 (pp. 139-147)
- Chagas, M. T. (2013) *Análise do Comportamento e Psiquiatria: Algumas Reflexões sobre o Transtorno Bipolar*. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 97p
- Corchs, F. (2010). É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(1), 55-66.
- Costa, R. S. (2016). *Transtorno Bipolar: Contribuições de uma intervenção analítico-comportamental em grupo*. Londrina, PR. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Estadual de Londrina.

- Falk, J. L.; Kupfer, A. S. (1998) Adjunctive behavior: application to the analysis and treatment of behavior problems. In: O'Donohue, W. (ed.). *Learning and Behavior Therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ferrari, E. A. M. Toyoda, M. S. S., Faleiros, L., & Cerutti, S. M. (2001). Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 187-194.
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETec.
- Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 11-19
- Machado, D. E. S. (2015). Avaliação de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo de pacientes com Transtorno Afetivo-Bipolar. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 104p.
- Matta, S. M. (2012) Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. Belo Horizonte, MG. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 87p.
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. (2015). *Terapia Analítico-Comportamental: Relato de casos e análises*. São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Michelolon, L., Vallada, H. (2005). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Ver. Psiq. Clin.* 32, supl 1; 21-27.
- Mussi, S. V. (2012) *Transtorno Bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Londrina, PR. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 64p.

- Mussi, S. V., Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2013). Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o enfoque da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 45-63.
- Nunes, S. O. V., Vargas, H.O, Liboni, M, Liboni, R. Liboni, F. (2010). Motivar para adesão ao tratamento. (2010) In: Nunes, S. O. V., Vargas, H. O., Castro, M. R, Machado, R., Moryia, R. (org.). *Educar para valorizar a vida*. Rio de Janeiro: Publit.
- Richelle, M. N. (2014). *B. F. Skinner: uma perspectiva europeia*. (Castro, M. S. L. B. Trad). São Carlos: EdUFSCcar.
- Rocca, C. C. A., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 226-237.
- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. (Nero, A. L. Trad.). Campinas: Papyrus. (Trabalho original publicado em 1989).
- Skinner, B.F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. (Todorov, J. C. & Azzi, E. Trad). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Todorov, J. C. (2007). A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 57-61.
- Ullman, L. P., & Krasner, L (1969). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, 687p.
- Wahler, R. G. (1976). Deviant child behavior within the family: Development speculations and behavior change strategies. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior theory* (pp. 516-543). New Jersey: Prentice Hall.
- Wahler, R. G. (1997). On the origins of children's compliance and opposition: Family context, reinforcement, and rules. *Journal of child and Family Studies*, 6, 191-208

**Estrutura das sessões de uma intervenção analítico-comportamental em grupo para
pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar**

**Structure of the sessions of a behavior analytic intervention group for people diagnosed
with bipolar disorder**

Estrutura das sessões de um grupo analítico-comportamental para transtorno bipolar

Structure of the sessions of a behavior analytic group for bipolar disorder

Roberta Seles da Costa, Maria Rita Zoéga Soares e Renata Grossi
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Resumo

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por alterações de humor, as quais podem oscilar entre episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos ou mistos. Tal quadro psiquiátrico pode apresentar impacto em diversos âmbitos da vida do indivíduo, desde o profissional até o interpessoal. Tanto intervenções farmacológicas, quanto psicológicas se fazem necessárias. Nesse sentido, delineou-se um programa de intervenção analítico-comportamental para pessoas diagnosticadas com TB, envolvendo estratégias de psicoeducação e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). O objetivo do presente artigo consiste em descrever o processo de elaboração e aplicação do programa, focando nas estratégias utilizadas em cada sessão do grupo e na avaliação realizada pelos participantes quanto ao formato da intervenção. O grupo foi composto por cinco participantes e contou com 10 encontros. A partir da avaliação dos participantes e da equipe de pesquisa acerca da intervenção, considerou-se que as estratégias elaboradas e o formato do programa demonstraram atender a demanda específica do grupo e desenvolver repertório para lidar com as contingências relacionadas ao TB.

Palavras-chave: intervenção em grupo, terapia de aceitação e compromisso, análise do comportamento, transtorno bipolar e psicoeducação.

Abstract

Bipolar Disorder (BD) is characterized by mood swings that can vary from manic, hypomanic to depressive or a mix of all. Such psychiatric circumstances can impact several areas of an individual's life, from professional to interpersonal. Taking into consideration the need for psychological intervention for this population, an analytical behavioral group intervention program was developed for people diagnosed with BD, using Psych education strategies and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Therapeutic relationship was also used for analysis and intervention, considering the Functional Analytic Psychotherapy (FAP). Besides bringing awareness to participants about the characteristics of BD and about the importance of the treatment, it was also relevant to help individuals learn how to deal with their feelings without trying to control them, defining life values and acting accordingly, both in the treatment context and natural environment. The group had 5 participants and treatments were done in 10 weekly sessions of approximately 90 minutes each, conducted by two behavioral analysts therapists. The objective of this article was to describe the elaboration and application processes of the program, with a focus on the strategies used in each session and in the evaluation done by the participants about the format of the intervention. The majority of the strategies and metaphors used were developed and adapted by the researcher in partnership with other members responsible for the work. The flexibility provided by the ACT resources indicated that the therapy does not limit itself to the use of strategies and metaphors, as the principles they are based on can be broadened to the most different formats of therapy and show the ability to develop a behavior pattern. The adoption of FAP was essential for the decisions made in relation to the intervention planning so that they were coherent with the behavior shown by each participant. This condition favored the direct conditioning and the quality of the relationship among group members. The evaluation done by the participants and the research team made it possible to consider that the strategies and format used in the program were adequate to meet the group's needs, as well as to develop a pattern to deal with issues related to BD. Furthermore, considering the complexity of an intervention based on ACT and participants needs, it is possible to believe that an intervention with a higher number of sessions could be beneficial, allowing for a work with a more specific focus in each ACT aspect. Such circumstance can help with important behavior conditioning in intrapersonal and interpersonal dimensions for each participant, making it possible to develop healthy relationships and a better quality of life.

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por alterações de humor, as quais podem oscilar entre episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos ou mistos. Dentre os critérios diagnósticos da mania é possível mencionar energia em excesso, autoestima inflada ou grandiosidade, redução da necessidade de sono, distraibilidade, envolvimento em comportamentos de risco e pensamentos acelerados. Os mesmos sintomas são observados na hipomania, no entanto, com menor duração e intensidade. Na depressão, por sua vez, nota-se acentuada redução do interesse e prazer nas atividades, alteração significativa de peso, insônia ou hipersonia diária, perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa excessiva, prejuízo na capacidade de concentração e pensamentos de morte (APA, 2013).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida de pessoas com diagnóstico de TB é pelo menos 15 vezes maior que o da população geral e o transtorno pode representar cerca de 25% do índice total de suicídios. Considerando a alta periculosidade desse quadro e a cronicidade da doença, o TB representa uma demanda de saúde pública e exige medidas específicas de intervenção. Além do acompanhamento psiquiátrico contínuo, o atendimento psicológico para essa população se faz essencial, inclusive, para favorecer a adesão ao tratamento farmacológico.

Dada a efetividade de intervenções em grupo para o manejo de comportamentos e as vantagens no que refere a custo e tempo, tal modalidade de atendimento tem sido amplamente escolhida por profissionais inseridos nos serviços de saúde mental (Delitti, 2008). No caso do TB, os grupos de psicoeducação tem demonstrado resultados promissores tanto para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, quanto para a prevenção de recaídas. Um dos modelos mais empregados é o de Barcelona proposto por Colom e Vieta (2004). Esses pesquisadores desenvolveram uma sequência de estudos para a elaboração, aplicação e avaliação de um protocolo de psicoeducação e encontraram resultados benéficos mesmo após

5 anos de seguimento, visto que os participantes apresentaram menor número de recorrência dos episódios e menos internações em comparação ao grupo controle (Colom et al., 2009).

O protocolo psicoeducacional mencionado foi composto por 21 sessões semanais, as quais abordavam a definição do TB; fatores causais e desencadeantes; sintomas de mania, hipomania e depressão; curso e desfecho; tratamento medicamentoso; gravidez e aconselhamento genético; psicofarmacologia e terapias alternativas; riscos relacionados ao abandono do tratamento; abuso de álcool e drogas; detecção precoce dos episódios maníacos, hipomaníacos, depressivos e mistos; estratégias a serem adotadas diante da identificação precoce dos episódios; importância da regularidade do estilo de vida; técnicas de gerenciamento de estresse e de resolução de problemas (Colom & Vieta, 2004)

A partir de uma perspectiva analítico-comportamental Mussi (2012) realizou um grupo com 9 participantes e replicou o protocolo psicoeducacional de Colom e Vieta (2004). O autor reduziu a quantidade de sessões para 16 encontros de 90 minutos cada, baseado em pesquisas desenvolvidas por Pellegrinelli (2010) e Gomes (2010). Dentre os resultados obtidos, além das melhoras qualitativas apresentadas pelos participantes, notou-se diferença entre as avaliações pré e pós intervenção para o escore de mania e para o domínio “físico” referente à qualidade de vida.

Outra modalidade terapêutica que tem apresentado resultados quanto à intervenção em casos diagnosticados com transtornos psiquiátricos é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A mesma objetiva promover a aceitação de eventos privados, reduzindo respostas de fuga e esquiva na presença de pensamentos, sentimentos, sensações corporais e lembranças; bem como o compromisso com ações relacionadas aos valores do indivíduo (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

O processo terapêutico da ACT é representado a partir de 6 processos comportamentais interdependentes: aceitação, defusão, self como contexto, estar no

momento presente (*mindfulness*), ação comprometida e valores. Os dois primeiros pilares objetivam propiciar condições para que o cliente entre em contato com eventos privados dolorosos e os aceite como são, enquanto pensamentos, sentimentos ou lembranças (Saban, 2011).

As perspectivas do contato com o momento presente e do self como contexto são consideradas pré-requisitos para as demais. Por meio da primeira busca-se que o indivíduo entre em contato com as experiências do “aqui-e-agora”, identificando as sensações corporais vivenciadas no presente. Enquanto que na segunda espera-se que o sujeito reconheça que não é seus pensamentos, sentimentos, sensações ou ações, na medida em que o conceito de “eu” não é considerado imutável e fixo (Saban, 2015).

No que tange à ação comprometida e aos valores, esses pilares indicam que a ACT não defende uma postura de aceitação passiva do indivíduo, pelo contrário, preconiza que o mesmo se comporte de modo a atingir seus objetivos, os quais estarão alinhados aos seus valores, àquilo que é essencial em sua vida. Cada elemento do processo desempenha seu papel para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica e são complementares entre si. As fases não precisam ser seguidas de forma rígida, de modo que os recursos e metáforas possam ser adaptados e aplicados de acordo com a análise funcional acerca dos comportamentos do cliente (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999/2012).

No caso do TB, Hayes e colaboradores não fazem menção a intervenções elaboradas para a população com esse diagnóstico. Desse modo, adaptando protocolos de ACT aplicados para quadros psicóticos, de ansiedade, depressão e dor crônica, Machado (2015) conduziu um grupo para pessoas com diagnóstico de TB. O autor contou com 3 participantes e realizou 5 sessões de 90 minutos cada. Os resultados indicaram melhoras em relação aos sintomas de mania, hipomania e depressão, bem como diferenças qualitativas no modo como as participantes lidavam com os eventos privados e públicos.

A partir dos resultados de trabalhos anteriores e da necessidade de intervenções psicológicas direcionadas ao TB, delineou-se um programa de intervenção analítico-comportamental para essa população, envolvendo estratégias de psicoeducação e ACT. Tendo em vista que o manuscrito pretende se apresentar como um guia para o terapeuta em sua prática clínica ou de pesquisa, o objetivo do presente artigo consiste em descrever o processo de elaboração e aplicação do programa, focando nas estratégias que compõem a estrutura de cada sessão do grupo e na avaliação realizada pelos participantes quanto ao formato da intervenção. Desse modo, não será mencionado o desempenho dos membros do grupo, caso o leitor tenha interesse nesses dados sugere-se a consulta a Costa (2016), em que são apontadas as medidas pré e pós-teste dos participantes.

Método

Participantes

A pesquisa contou com 5 participantes encaminhados por psiquiatras e diagnosticados com TB, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 24 e 41 anos. Como critério de inclusão considerou-se a idade entre 18 e 65 anos e não apresentar comorbidades graves e/ou prejuízo cognitivo que comprometesse a realização das atividades. Os critérios de exclusão, por sua vez, referiam-se a apresentar episódios de mania, hipomania ou depressão no período de aplicação do programa, uso abusivo de substâncias químicas, estar em acompanhamento psicológico concomitante ou ter participado de intervenção em grupo de psicoeducação ou de ACT.

Instrumentos para seleção e avaliação dos participantes

Os participantes que atenderam aos critérios foram submetidos a duas entrevistas individuais destinadas a coleta de dados. Na primeira, utilizou-se o Questionário Sócio Demográfico e Clínico (Mussi, 2012) (Anexo A), por meio do qual levantou-se informações sobre a idade do participante, estado civil, anos de estudo, nível de escolaridade, com quem residia e renda familiar mensal. A mesma ferramenta também contemplou dados a respeito de

quantos e quais medicamentos fazia uso, idade de início do transtorno, histórico de tentativas de suicídio e de internações psiquiátricas.

Posteriormente, a partir de um roteiro semiestruturado, foram realizadas perguntas acerca de dados da vida recente do participante, bem como sobre o histórico do TB e do tratamento psiquiátrico. Na segunda entrevista aplicou-se os seguintes instrumentos: Escala de Avaliação de Depressão Hamilton – HDRS (Anexo B), Escala de Avaliação de Mania Young – YMRS (Anexo C), Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref (Anexo D), Questionário de Aceitação (Anexo E), adaptado por Machado (2015) a partir do Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) e o Questionário de Harris (2011) adaptado pela própria autora (Apêndice B). Os dois últimos avaliam aspectos relacionados aos pilares da ACT, no sentido de identificar como o indivíduo lida com seus pensamentos e sentimentos, se está em contato com o momento presente e se tem clareza acerca de seus valores e objetivos. Esses mesmos instrumentos foram aplicados pós-intervenção e no follow-up após 3 meses do término do grupo.

Procedimento para elaboração da intervenção

A elaboração do programa de intervenção ocorreu de forma contínua, considerando os seguintes norteadores: (1) pilares da ACT descritos por Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2012); (2) experiências de grupos que empregaram ACT no cenário nacional (Chagas, Guilherme & Moriyama, 2011; Machado, 2015; Saban, 2013); (3) protocolo de psicoeducação desenvolvido por Colom e Vieta (2004); (4) experiências de grupos de psicoeducação aplicados com o mesmo tipo de população (Gomes, 2010; Mussi, 2012; Pellegrinelli, 2010); (5) pressupostos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), de modo a focar a relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001); e (6) especificidades dos participantes do grupo realizado, a partir da análise funcional e das sessões.

Para o planejamento dos encontros também foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, análise dos registros em áudio e vídeo dos encontros e supervisões semanais, direcionadas pela orientadora da pesquisa ao término de cada sessão. Durante as supervisões, além dos dois terapeutas, os demais membros da equipe (duas residentes em Psiquiatria e três estudantes de Psicologia) também participavam. A supervisão em grupo representa um espaço valioso de troca, no qual é possível abordar a efetividade das estratégias empregadas na sessão, o comportamento dos participantes e dos terapeutas, bem como se sugerir direcionamentos para os próximos atendimentos.

Procedimento para avaliação do programa de intervenção

As sessões foram gravadas em áudio e vídeo mediante a autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Acerca desse procedimento de coleta de dados, vale salientar que o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 49062715.8.0000.5231.

Outra forma de avaliar o programa referiu-se à aplicação semanal do "Instrumento de Avaliação do Programa de Intervenção" (Apêndice C), a partir do qual os participantes indicavam como bom, ruim ou indiferente, tópicos relacionados ao tempo de realização da sessão, a participação de dois terapeutas, a ausência ou presença de psiquiatras no encontro, a presença de observadores na sala de espelho, a gravação em áudio e vídeo e as atividades realizadas. No mesmo questionário, os participantes eram solicitados a responder, considerando uma escala de zero a cinco, o quanto se sentiam motivados para participar do próximo atendimento.

Resultados e Discussão

Descrição dos objetivos e estratégias de cada sessão

1^a sessão: Os objetivos da primeira sessão consistiram em apresentar a equipe de pesquisa e a proposta de intervenção, bem como promover a integração entre os membros do grupo. O encontro também foi uma oportunidade para a discussão das regras do grupo.

Para a apresentação dos participantes, utilizou-se a dinâmica dos papéis invertidos. Nessa atividade, foram organizadas duplas para que cada um falasse sobre si para o outro membro. Posteriormente, quando a dupla se apresentava para o grupo todo, cada indivíduo mencionava as informações que o outro membro da dupla havia verbalizado. Além de ser um exercício divertido, tal dinâmica proporcionou um ambiente de gradual exposição, na medida em que a um primeiro momento, o participante se apresentou apenas para uma participante e posteriormente, seus dados foram revelados no grupo maior por outra pessoa.

Após uma breve explanação sobre os objetivos da Psicoeducação e da ACT, deu-se início à dinâmica principal da sessão, que buscou desenvolver tanto a integração, quanto a empatia entre os participantes. Solicitou-se que cada participante escrevesse algo sobre si sem se identificar. O papel foi dobrado e acrescentado em uma caixa com várias outras frases previamente preparadas pelos terapeutas, tais como “eu sou desastrado”, “eu me distraio facilmente”, “eu já me senti uma pedra no sapato de outras pessoas”, “eu gosto de ter momentos comigo mesmo”, “eu admiro quem tem o controle da situação”, “às vezes eu me sinto triste e deixo de fazer as coisas por causa disso”, “eu já deixei de concluir uma atividade que era importante para mim” e “eu quero aprender a controlar o que sinto”.

A seleção dessas frases ocorreu com base em aspectos pessoais que os próprios participantes haviam mencionado nas entrevistas individuais, de modo a facilitar que os integrantes se identificassem com o conteúdo descrito. Durante a atividade, quando a frase sorteada correspondia com o participante, o mesmo pegava o papel que a representava e

colava abaixo de seu nome no cartaz fixado na parede. Quando a frase lida não tinha relação com o participante, o mesmo não acrescentava nada ao cartaz.

Ao fim da dinâmica, foi possível observar os aspectos comuns entre os participantes, bem como aqueles nos quais eles se diferiam. Nessa direção, discutiu-se que cada participante tinha uma história e conseqüentemente suas particularidades, no entanto, existiam também muitos aspectos que os aproximavam. Desse modo, salientou-se que ao formarem um grupo, a participação de cada um seria singular e relevante para alcançar objetivos coletivos e individuais.

2ª sessão: Tal encontro teve por objetivo discutir a definição de TB e as características dos episódios de mania, hipomania e depressão. Entregou-se a cada participante uma lista com vários dos sintomas relacionados ao transtorno de acordo com o DSM-5, dentre os quais: humor elevado ou expansivo, pensamento recorrente de morte, pensamentos acelerados, desesperança, autoestima inflada ou grandiosidade, perda de interesse ou prazer em atividades, aumento do interesse sexual, tristeza, fadiga, insônia, perda de energia etc (Apêndice D).

Tais itens foram sorteados e o participante deveria colar o papel com a descrição do referido sintoma no Gráfico de Humor desenhado sobre o espelho da sala, relacionando ao episódio correspondente. Além disso, caso o sintoma fosse apresentado pelo participante, o mesmo deveria ser assinalado na lista individual que recebera. Por meio dessa atividade, os participantes foram capazes de identificar os sintomas dos episódios de mania, hipomania e depressão, bem como discriminar quais das características do TB apresentavam.

Discutiu-se também que os sentimentos considerados negativos como tristeza e desesperança, não deviam ser considerados ruins por si só, uma vez que contemplavam a modulação de humor presente na vida cotidiana. Um dos propósitos dessa etapa, fundamentado nos pressupostos da ACT, foi romper com o contexto de avaliação, que define

os sentimentos, pensamentos e lembranças como certos ou errados, bons ou ruins e facilitar a aceitação (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012)

Para o encerramento da dinâmica, solicitou-se que cada participante olhando para o Gráfico do Humor desenhado no espelho, refletisse sobre as curvas de sua própria vida, de modo a fazer uma retrospectiva dos momentos em que vivenciou tanto os episódios de euforia, quanto os de tristeza profunda. Desse modo, objetivou-se evidenciar que tais sentimentos, por mais intensos que fossem, não seriam permanentes e também não representaria a identidade de cada um. A escolha por tal reflexão foi elaborada a partir dos pilares da ACT referentes à desfusão, self como contexto e o momento presente (Saban, 2015)

3ª sessão: Neste encontro objetivou-se retomar com os participantes, a definição dos episódios de mania, hipomania e depressão, bem como apresentar as diferentes classificações do transtorno (TB tipo 1, TB tipo 2 e misto). Não se buscou enquadrar cada um dos participantes nas especificações do TB, apenas enfatizar que o mesmo diagnóstico pode se manifestar por meio de sintomas distintos, apresentando comportamentos mais ou menos graves para si e para as pessoas ao redor.

Outro objetivo dessa sessão, referiu-se à discussão acerca das estratégias utilizadas pelos participantes para lidar com os eventos privados considerados dolorosos. Optou-se por um recurso derivado dos trabalhos de Hayes e Smith (2005) com versão traduzida, adaptada e aplicada em grupos desenvolvidos por Chagas, Guilherme e Moriyama (2011), Machado (2015) e Saban (2013). A atividade consistiu em preencher um quadro com quatro colunas: na primeira o participante descrevia os pensamentos, sentimentos ou lembranças difíceis; na segunda apontava as estratégias empregadas para lidar com os pensamentos, sentimentos ou lembranças que havia selecionado; e as demais colunas questionavam se a estratégia adotada funcionava a curto e a longo prazo (Anexo F).

Por meio dessa atividade observou-se que as estratégias utilizadas pelos participantes eram ineficazes, principalmente a longo prazo. Em algumas circunstâncias funcionava de imediato, mas não resolvia a situação. Neste caso, o sentimento, pensamento ou lembrança doloroso voltava a ocorrer, bem como os problemas relacionados. Os terapeutas discutiram com o grupo que as estratégias utilizadas não estavam funcionando e que a tentativa de controlar continuaria a ser um problema, pois sentimentos, pensamentos e lembranças não eram passíveis de controle.

Os terapeutas também salientaram que embora não pudessem ajudar com o controle dos eventos privados, havia uma alternativa que seria discutida no próximo atendimento. Seguindo as etapas da ACT foi possível apontar que tal sessão atendeu aos propósitos da etapa de "desamparo criativo", momento em que se evidencia para os clientes que seu modo de lidar com o sofrimento não tem funcionado. Neste sentido, deve-se esclarecer que o terapeuta não atenderá a expectativa de fazer com que os sentimentos, pensamentos e lembranças dolorosos desapareçam. Contudo, há uma saída e o terapeuta pode oportunizar que o cliente a encontre (Hayes, 1987; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012).

4ª sessão: Buscou-se promover um espaço no qual os participantes pudessem vivenciar o momento presente, bem como identificar que os sentimentos, pensamentos e lembranças fazem parte da vida e que a aceitação seria a melhor alternativa para lidar com os mesmos. Dentre os pilares da ACT pode-se notar a correspondência desse encontro com a desfusão, aceitação e momento presente (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012).

Primeiramente, foi solicitado que os participantes sentassem em uma posição confortável, fechassem os olhos e prestassem atenção ao próprio corpo. Enquanto permaneciam desse modo, uma versão adaptada e reduzida do poema "O Convite" de Oriah Mountain Dreamer (Apêndice E) foi lida. A escolha por esse recurso consistiu em promover condições antecedentes para que os participantes entrassem em contato com eventos privados

relacionados ao poema, o qual contemplava estímulos verbais que se referiam à aceitação “quero saber se você consegue conviver com a dor, a minha ou a sua, sem tentar escondê-la, disfarçá-la ou remediá-la”; ao momento presente “quero saber se você é capaz de enxergar a beleza no dia-a-dia, ainda que não seja bonita, e fazer dela fonte de sua vida” e à ação com compromisso “quero saber se, após uma noite de tristeza e desespero, exausto e ferido até os ossos, é capaz de fazer o que precisa ser feito”.

Embora os participantes tenham relatado dificuldade para se concentrar no poema, foram capazes de mencionar o trecho com o qual mais se identificaram. A queixa em relação à concentração foi discutida, tendo em vista que esse era um problema frequente para a maioria dos participantes. Tal característica poderia estar relacionada às alterações neurológicas relacionadas ao TB e ao efeito colateral da administração de determinados fármacos. Nesse sentido, além de estabelecer esse paralelo com a psicoeducação, mencionou-se que o fluxo de pensamentos é comum a todos, de modo que os mesmos vêm e vão naturalmente, visto que não são passíveis de controle.

Após tal atividade, foi entregue aos participantes uma pequena caixa de madeira e vários pedaços de papel, nos quais deveriam escrever sentimentos, pensamentos e lembranças, tanto os considerados bons, quanto os ruins. Em seguida, questionou-se o que os participantes gostariam de fazer com a caixa e alguns, considerando os eventos privados classificados por eles como negativos, mencionaram que gostariam de mantê-la distante. Nesta oportunidade, os terapeutas indagaram se seria possível afastá-los e destacaram que mesmo que isso fosse possível, também se privariam dos sentimentos, pensamentos e lembranças que identificavam como agradáveis. Posteriormente, questionou-se se havia algum dos elementos da caixa que seria capaz de representá-los e os participantes negaram. Desse modo, discutiu-se que os participantes não eram nenhum daqueles pensamentos, sentimentos e lembranças, muito menos eram representados pelo rótulo do diagnóstico.

Ao fim da sessão, concluiu-se que os sentimentos, pensamentos e lembranças eram produtos da história e do contexto de cada um e que não controlavam quem eram ou o que faziam. Foi solicitado que cada participante selecionasse uma ação que deixava de realizar devido a algum pensamento, sentimento ou lembrança e tentassem concretizá-la. Essa, portanto, foi definida como a missão da semana, a qual incluíram na caixa e levaram para casa.

As tarefas de casa são importantes para facilitarem o processo de generalização, bem como proporcionar condições para que o terapeuta avalie as dificuldades e os avanços do cliente vivenciados em seu ambiente natural (Delitti, 2008). Além disso, a partir da atividade solicitada, criou-se condições para que os participantes começassem a se expor às contingências, experienciando sentimentos, pensamentos e lembranças sem a tentativa de controlá-los.

5ª sessão: O encontro teve foco psicoeducacional, no entanto, durante a primeira parte da sessão, foi retomada a tarefa proposta, identificando com cada participante como foi a experiência, dificuldades encontradas e os próximos passos. Nesse momento, os participantes compartilharam situações vivenciadas em sua rotina e foram acolhidos não só pelos terapeutas, como também pelos outros membros do grupo.

Em seguida, deu-se início à participação das psiquiatras, que abordaram temáticas previstas no protocolo aplicado por Colom e Vieta (2004) e indicadas pelas demandas dos próprios participantes em encontros anteriores. Os temas trabalhados incluíram gestação, amamentação, abuso de substâncias, fatores genéticos e neurológicos do TB, risco de suicídio, importância do acompanhamento médico e tratamento farmacológico, apontando as indicações e os efeitos colaterais de cada medicamento utilizado pelos participantes.

Ao fim da apresentação, os membros fizeram perguntas e as médicas sanaram dúvidas. Vale destacar, que o tratamento medicamentoso de cada participante não foi debatido, tendo

em vista os limites éticos envolvidos. Desse modo, sugeriu-se que conversassem com o profissional que os acompanhavam e solicitassem os esclarecimentos necessários quanto ao curso do próprio tratamento.

Notou-se que a presença das psiquiatras foi importante para o grupo, na medida em que os participantes tinham solicitado em sessões anteriores discussões referentes à intervenção farmacológica. Vale apontar que alguns tinham interrompido o uso da medicação no decorrer do tratamento médico ou relatado ter apresentado efeitos colaterais intensos em função da medicação. Após o encontro, demonstraram compreender que o tratamento medicamentoso seria contínuo dada a cronicidade do transtorno e imprescindível para a regulação do humor.

6ª sessão: Essa sessão foi planejada a fim de verificar a continuidade das ações propostas para serem colocadas em prática no dia-a-dia e avaliar aspectos desenvolvidos em sessões anteriores. Tal avaliação pôde fornecer subsídio para identificar se seria possível avançar para as próximas etapas da ACT com foco em valores e compromisso com a ação.

Cada participante trouxe a sua caixa e compartilhou em qual situação foi capaz de aceitar seus sentimentos e agir de um modo diferente do habitual. Alguns dos participantes mencionaram dificuldade para executar a tarefa. Neste sentido, o grupo ofereceu sugestões de comportamentos que apresentavam menor grau de dificuldade, a partir dos quais, esses membros poderiam fazer novas tentativas.

Em seguida, solicitou-se que cada indivíduo descrevesse o que aprendeu no grupo. A partir disso, os terapeutas retomaram os temas abordados em relação à psicoeducação e à ACT. Por fim, além da tarefa da semana, foi solicitado que os participantes observassem o impacto de seus comportamentos sobre pessoas de sua convivência diária, condição a ser discutida no próximo encontro. Tal atividade foi estabelecida tendo em vista a hipótese de que os participantes não observavam as consequências do próprio comportamento para outras

pessoas, o que certamente dificultava a qualidade das relações interpessoais e a longo prazo poderia contribuir para o afastamento dos demais.

7ª sessão: Um dos objetivos da sessão consistiu em identificar se os participantes tinham sido capazes de reconhecer o impacto do próprio comportamento sobre pessoas próximas. Outro propósito do atendimento referia-se à prática de feedback, de modo a promover condições para que os participantes avaliassem o próprio comportamento, bem como oferecessem e recebessem feedback dos demais membros do grupo, incluindo os terapeutas. A partir das estratégias desse encontro, buscou-se modelar comportamentos de auto-observação e de observação dos comportamentos dos outros em interações sociais, de modo a aperfeiçoar o repertório de autoconhecimento, importante para o estabelecimento de valores e objetivos.

Foi requisitado que cada participante comentasse sobre a tarefa da semana, em especial sobre o que havia observado do comportamento de alguém de seu convívio durante a interação social. Por meio do relato dos participantes, confirmou-se a hipótese referente à dificuldade de reconhecerem que os próprios comportamentos influenciavam na aproximação ou afastamento de outras pessoas. Nenhum dos participantes soube definir o que o outro indivíduo poderia estar sentindo na situação vivenciada. Ademais, constatou-se que alguns participantes utilizavam o diagnóstico de TB para justificar comportamentos considerados inadequados, como isolar-se, aumentar o tom de voz, ser agressivo, negar pedidos para fazer atividades em conjunto, entre outros.

Buscou-se identificar se os relacionamentos a que os participantes se referiam eram importantes para eles e discutir a relevância da observação das consequências do próprio comportamento sobre o modo como o outro indivíduo reage. Além disso, a fim de desenvolver o repertório de autoconhecimento e auto-observação utilizou-se como estratégia a música “Caçador de mim” de Milton Nascimento na versão da Banda 14 Bis. Solicitou-se que

cada participante procurasse entrar em contato com os sentimentos que a música produzia. Posteriormente, os terapeutas questionaram “O que você tem encontrado em sua caçada?” e solicitaram que os participantes refletissem sobre si mesmos, a participação no grupo e os relacionamentos que estavam construindo.

Para direcionar a atividade foram disponibilizadas algumas questões, tais como “o que você faz que aproxima as pessoas?”, “o que você faz que pode afastá-las?”, “você é a mesma pessoa desde o início do grupo?” e “se algo mudou, o que foi?”. Assim que os participantes terminaram de registrar as respostas por escrito, esclareceu-se que cada um descreveria o que refletiu e, posteriormente, os demais poderiam oferecer feedback, apontando tanto os comportamentos adequados, quanto os que precisariam melhorar. Salientou-se que o objetivo da devolutiva não consistia em criticar ou julgar, mas ajudar cada um a promover mudanças valiosas para si.

Destaca-se que a preparação desse encontro foi embasada na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) na medida em que se considerou a análise da interação entre os terapeutas e os participantes, para a identificação dos comportamentos-problema e comportamentos de melhora de cada membro do grupo. De acordo com Kohlenberg & Tsai (1991/2001) o contexto terapêutico oferece um paralelo com o ambiente natural, de modo que os comportamentos-problema do cliente sejam também apresentados durante o atendimento. Seguindo essa perspectiva, os comportamentos de melhora, modelados na relação terapêutica, são passíveis de generalização para o meio extra sessão. A interação entre o terapeuta e o cliente é, portanto, o principal recurso para a promoção das mudanças de comportamento necessárias para o desenvolvimento do repertório interpessoal do cliente.

A partir disso, foram definidos possíveis feedbacks que poderiam contribuir para a modelagem dos repertórios comportamentais esperados. Notou-se que o repertório de auto-observação dos participantes foi consistente, inclusive, boa parte dos apontamentos

planejados previamente pelos terapeutas foram identificados pelos participantes em suas próprias avaliações. Contudo, mais uma vez identificou-se a dificuldade de identificarem e descreverem o comportamento dos demais. Diante disso, os terapeutas ofereceram modelo, bem como realizaram questionamentos que pudessem nortear a observação e a descrição a respeito do que o outro participante produzia na interação com o grupo, como por exemplo, “o que você sente quando ele (a) faz isso? ”, “você concorda com o que ele disse sobre o próprio comportamento? ”, “o que tem para dizer para ele (a)? ”.

Por fim, foi solicitado que cada participante refletisse sobre as seguintes questões “O que é essencial para você? ” e “Quem é essencial para você”. As respostas deveriam ser escritas e trazidas para a próxima sessão juntamente com a caixa de cada um. O estabelecimento dessa tarefa esteve vinculado ao desenvolvimento de valores proposto pela ACT, foco dos próximos atendimentos.

8ª sessão: Os principais objetivos desse encontro consistiram em propiciar condições para que os participantes compreendessem o conceito de valores e de objetivos, de modo a serem capazes de definir os seus próprios. Identificou-se que os participantes haviam feito a missão da semana, porém não tinham escrito sobre o que e quem era essencial para cada um. Assim, foi solicitado que o fizessem naquele momento. Posteriormente, discutiu-se se estavam agindo de acordo com o que de fato consideravam valioso em suas vidas.

Em seguida, tendo em vista o propósito de vivenciarem a diferença entre uma vida guiada por valores e objetivos e uma vida sem os mesmos, foi proposta uma dinâmica desenvolvida pelos terapeutas. Os participantes foram vendados e as cadeiras foram dispostas na sala de modo desordenado. Cada cadeira continha um estímulo tátil ou olfativo (bexigas contendo material perfumado, sementes, etc). O objetivo era alcançar tais objetos e experimentar a sensação que os estímulos produziam.

Em um primeiro momento, como estavam vendados, os participantes foram guiados por instruções verbais fornecidas pelos terapeutas, que indicavam a direção até o objetivo e incentivavam que segurassem o objeto e entrassem em contato com a estimulação encontrada. As instruções oferecidas podem ser exemplificadas com estas perguntas: “o que você está sentindo? ”, “qual é a textura? ”, “o que seu corpo está vivenciando agora? ”. Posteriormente cada participante, ainda vendado, escolheu o objeto que mais lhe agradou e deveria encontrá-lo sem a orientação do terapeuta.

Nessa atividade, os terapeutas representaram os valores de vida, que guiam e mostram a direção para o indivíduo. Os objetos sensoriais, por sua vez, significavam os objetivos, que são mais concretos que os valores, podem ser atingidos a depender das ações e dos passos de cada um. Ao incluir as estimulações táteis e olfativas, buscou-se demonstrar a importância de vivenciar o momento presente para o alcance das metas estabelecidas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012).

A partir dessa metáfora vivencial, os participantes descreveram que o direcionamento dos terapeutas durante a dinâmica facilitou o alcance dos objetos. Sem tal condição, sentiram-se perdidos, tal como se sentiam quando não sabiam o que queriam para suas vidas ou abandonavam algum planejamento antes da sua finalização. Os terapeutas continuaram a discutir exemplos apontados pelos clientes ao longo das sessões e a mostrar a importância da definição de valores e objetivos. Por fim, solicitou-se que a partir do que era essencial para cada um em relação aos seus valores, deveriam delimitar seus objetivos e como poderiam fazer para alcançá-los.

9ª sessão: Com o foco de definir valores e objetivos dos participantes e considerando a ausência de três participantes no encontro anterior, decidiu-se pela repetição da dinâmica. Os integrantes que haviam passado pela experiência na 8ª sessão, assumiriam o papel de guia

para o outro membro do grupo. Assim que a atividade foi concluída, discutiu-se novamente a importância de uma vida direcionada por valores e a distinção entre valores e objetivos.

Em seguida, solicitou-se que cada participante definisse, a partir de seus valores, ao menos um objetivo e uma ação de curto prazo para alcançá-lo. O grupo pôde refletir sobre as metas estabelecidas e sugerir comportamentos que facilitassem o alcance dos resultados esperados. Buscou-se incentivar o delineamento de objetivos concretos, cujas ações pudessem começar a ser executadas de imediato. A adoção dessa estratégia esteve relacionada à dificuldade relatada por alguns dos participantes em estabelecer e seguir planos, sem perspectiva de ações pontuais no presente que possibilitassem resultados a longo prazo.

Como missão da semana, pediu-se que cada participante personalizasse sua caixa, pois a mesma havia acompanhado as atividades realizadas na maioria das sessões de intervenção. Discutiu-se que a caixa não era mais a mesma do início do processo, assim como os próprios participantes, que também haviam se transformado no decorrer dos encontros, permitindo a vivência de diversos sentimentos, pensamentos e lembranças, bem como a exposição a diferentes desafios.

10ª sessão: Além de retomar o que foi aprendido e desenvolvido ao longo do atendimento, no último encontro objetivou-se incentivar os participantes a manterem as mudanças de comportamento observadas. Primeiramente, foram convidados a apresentar suas caixas personalizadas e a explicarem o processo de elaboração do material. Nesse momento, abordou-se o quanto a caixa havia se modificado e que os sentimentos, pensamentos e lembranças que estavam ali guardados nela permaneceriam. A partir disso, poderiam escolher agir de acordo com os valores e metas que definiram para a vida, mesmo com a presença de determinados eventos privados, sendo esse um processo contínuo de engajamento.

Após esse momento, foi retomado o cartaz da primeira sessão, a fim de se realizar uma atividade similar. Os terapeutas solicitaram que cada participante escrevesse uma frase

relacionada a si mesmo e também incluíram afirmações referentes ao que se pretendia avaliar no repertório dos integrantes do grupo, tais como: “as pessoas que são valiosas para mim sabem disso”; “para mim gerenciar o que sinto é essencial”; “eu não sou meus pensamentos, sentimentos e lembranças”; “eu abandonei um objetivo que era importante para mim”; “eu estou aqui e agora, nem no passado, nem no futuro”; “eu fui capaz de concluir um objetivo”; “eu me sinto mais próximo das pessoas que são importantes para mim”; “eu consigo expressar o que sinto”; “eu tenha clareza sobre os meus valores” e “o TB me impede de viver a vida que desejo”.

Os papéis foram misturados e sorteados, caso o participante se identificasse com a afirmação, deveria fixar o símbolo correspondente à mesma abaixo de seu nome no cartaz. Ao término da atividade, novamente foi possível observar as semelhanças e diferenças entre os membros do grupo, bem como discutir o processo, retomando desde o conteúdo da primeira sessão. Também foram exibidas fotos de todos os encontros com o intuito de promover uma retrospectiva do percurso psicoterapêutico do grupo.

Os participantes puderam oferecer feedback acerca das atividades desenvolvidas e da repercussão que o grupo teve para a vida diária. Por fim, foi distribuído um presente aos membros do grupo, uma quantidade de chocolate correspondente ao número de sessões que cada um esteve presente. Abordou-se a importância da adesão à intervenção para o funcionamento do grupo e o desenvolvimento dos comportamentos-alvo. Ademais, sugeriu-se que dividissem os chocolates com alguém especial. Com essa estratégia, objetivou-se propiciar uma oportunidade para que cada participante pudesse compartilhar com uma pessoa do seu convívio a experiência do grupo.

Análise do formato da intervenção

A partir do "Instrumento de Avaliação do Programa de Intervenção" (Apêndice C) aplicado ao fim de todas os atendimentos e preenchido de forma anônima pelos participantes,

notou-se que o tempo de sessão foi avaliado como bom pelos participantes presentes em 6 dos encontros realizados. Nos outros 4 encontros, houve ao menos uma resposta classificando a duração do atendimento como ruim. Por meio do relato verbal dos participantes em algumas sessões, acredita-se que a falta de satisfação com o tempo do encontro (90 minutos) tenha se dado no sentido do mesmo ser insuficiente para a realização das atividades programadas, de modo que seria necessário o prolongamento da sessão.

O item relacionado à participação de dois terapeutas foi avaliado como bom por todos os participantes em todas as sessões. Tal dado indica a importância de que os psicólogos responsáveis pelo atendimento atuem de modo coerente entre si, facilitando a intervenção e contribuindo para que os participantes recebam a atenção necessária para o acompanhamento do encontro. Quanto à participação de psiquiatras, na sessão em que as residentes estiveram presentes, todos os participantes avaliaram esse item como bom. Nos encontros 1, 2, 4, 6, 8, 9 e 10, tal aspecto foi avaliado pela maioria dos participantes como indiferente. Importante salientar que, principalmente nos primeiros encontros, antes da sessão realizada com a psiquiatria, com frequência surgiram dúvidas e comentários relacionados ao tratamento farmacológico e ao diagnóstico.

Em nenhum dos encontros a presença de observadores na sala de espelho e a gravação da sessão foram avaliadas como ruins, sendo que a maior parte da avaliação foi assinalada como indiferente. Essa é uma informação relevante principalmente quando se trata da realização de um grupo intervenção com caráter de pesquisa. A princípio levantou-se a hipótese de que essas variáveis poderiam interferir no comportamento dos participantes, de modo a prejudicar o atendimento ou a coleta de dados. No entanto, observou-se, inclusive, que em alguns atendimentos esses aspectos foram avaliados como bons, indicando a manutenção da utilização dos mesmos. Para os terapeutas, os dados oferecidos pelas

filmagens ofereceram importantes contribuições para a elaboração da análise funcional, bem como para o direcionamento da intervenção.

No que tange às atividades realizadas, apenas a apresentação dos participantes, realizada na primeira sessão, foi avaliada por um dos participantes como ruim. As demais atividades, aplicadas ao longo das 10 sessões, foram consideradas por todos os participantes como boas. Esse resultado aponta que as estratégias empregadas, embora não tenham seguido estritamente as metáforas e recursos da ACT, foram capazes de atingir os objetivos propostos pela intervenção, além de serem adequadas para a população participante do grupo.

A última questão da ferramenta referia-se ao quanto o participante se sentia motivado para voltar para o próximo encontro, considerando uma escala de 0 a 5. A média das respostas dos participantes foi 4,5 no primeiro encontro e 5 nos outros. Além desse dado, ao longo das sessões, os participantes apontaram que gostariam que houvessem mais encontros e ao fim da intervenção, requisitaram a continuidade do grupo. Observou-se que além da importância atribuída à intervenção psicológica, o vínculo desenvolvido entre os próprios integrantes do grupo se constituiu em uma variável motivacional para a participação dos membros.

Considerações finais

O trabalho psicoterápico em grupo apresenta diversas particularidades, muitas das quais se apresentaram como facilitadoras do processo. No presente grupo, notou-se que a homogeneidade quanto ao diagnóstico de TB contribuiu para que o vínculo entre os participantes fosse estabelecido rapidamente e demonstrassem atitudes empáticas entre si. Por outro lado, a heterogeneidade no que diz respeito ao repertório comportamental dos membros do grupo, favoreceu o procedimento de modelação, na medida em que a habilidade de um, poderia representar o déficit de outro.

Considerando ainda a relação terapêutica e as interações entre os integrantes do grupo, as estratégias da ACT e da psicoeducação foram definidas e aplicadas sessão a sessão. Esse formato não protocolizado contribuiu para que os terapeutas ficassem sensíveis às contingências presentes no atendimento, de modo a fazerem as adaptações necessárias durante o processo, de acordo com as demandas do grupo. Tratando-se do diagnóstico de TB, uma das características é o aumento da distraibilidade, o que foi observado nas sessões 4 e 7 durante as atividades relacionadas ao poema e à música, respectivamente. Dessa forma, nas sessões 8 e 9 buscou-se explorar o exercício vivencial abordado com recursos mais concretos, ao invés de adotar a metáfora da bússola, usualmente sugerida nos manuais da ACT.

Dessa forma, a fim de seguir os pilares da ACT, sem deixar de atender às especificidades da população, a maioria das estratégias e metáforas utilizadas foram elaboradas e adaptadas pela pesquisadora em parceria com os demais membros responsáveis pelo trabalho. Essa flexibilidade quanto aos recursos indica que a ACT não se resume à utilização de estratégias e metáforas, uma vez que os princípios que a norteiam podem ser ampliados para os mais diferentes formatos de atendimento e ainda ser capaz de desenvolver repertórios comportamentais que são objetivos da proposta.

Embora nesse artigo a FAP tenha sido destacada em apenas uma das sessões, ao longo dos encontros os terapeutas procuraram adotar seus pressupostos para intervir de modo contingente aos comportamentos apresentados pelos participantes. De acordo com Meyer et al. (2015) é possível aplicar a FAP a partir de três modalidades: (1) terapia FAP, sendo seu uso sistemático e presente em todos os encontros ou na maioria deles; (2) sessão FAP, na qual se emprega a interação lógica no decorrer do encontro e as regras da FAP são seguidas para a modelagem de comportamentos na própria sessão e (3) intervenção FAP, em que seu uso se dá de modo menos sistemático, a partir da análise da interação terapêutica e modelagem de repertórios no atendimento, sem a preocupação em seguir as regras de modo sequencial e

completo, bem como de modelar cada comportamento clinicamente relevante apresentado na sessão. No caso do grupo, pode-se apontar que foi feita uma intervenção FAP, essa condição favoreceu a modelagem direta e a qualidade do relacionamento entre terapeutas e clientes, bem como entre os próprios membros do grupo. Caso o leitor tenha interesse em exemplos acerca da aplicação da FAP no grupo, sugere-se a consulta a Costa (2016).

A FAP e a ACT podem ser utilizadas em conjunto, de modo que os pilares da segunda sejam conduzidos com base na própria relação terapêutica e nos comportamentos observados em sessão, seguindo a análise funcional do caso (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Olaz, 2015). Embora a adaptação dessas terapias ao cenário nacional seja um campo recente de pesquisa, especialmente em relação ao TB, se faz imprescindível respeitar as particularidades da cultura local e as características dos participantes envolvidos, inclusive, para potencializar os resultados. Incluir um protocolo em seu formato padrão a um ambiente diferente seria incoerente com os princípios da Análise do Comportamento, uma ciência contextualista, pragmática e funcional.

Nesse sentido, enquanto uma ciência voltada para os assuntos humanos e suas problemáticas, a Análise do Comportamento tem subsidiado estratégias relevantes para lidar com as demandas de saúde mental. Os trabalhos de Mussi (2012) e Machado (2015), por exemplo, ofereceram contribuições significativas no que tange à elaboração de um novo formato de intervenção psicológica para pessoas com diagnóstico de TB. Espera-se que a presente pesquisa tenha avançado na mesma direção, de modo a possibilitar o bem-estar e a estabilidade emocional dessas pessoas e daquelas que estão ao redor.

Sugere-se que novas pesquisas sejam produzidas e considerem mais especificamente, as necessidades dos serviços públicos de saúde no país. A partir dos resultados obtidos, indica-se que os programas de intervenção a serem implantados incluam um grupo controle, aumentem o número de participantes e considerem a ampliação no número de sessões e

duração das mesmas. Acredita-se que pesquisas que aproximem a teoria e a prática, possam contribuir para a elaboração de estratégias de atuação em contextos aplicados, auxiliando principalmente para desenvolvimento de repertórios comportamentais saudáveis e melhora na qualidade de vida.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a. ed., M. I. C. Nascimento et al., Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). Fact: The utility on an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, *41*(3), 195-207. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.195
- Chagas, M. T., Guilherme, G., & Moriyama, J. S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso. *Acta Comportamentalia*, *21*(4), 495-508.
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el transtorno bipolar*. Barcelona: Arts Medica.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(3), 260-265. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040485.
- Costa, R. S. (2016). *Transtorno bipolar: contribuições de uma intervenção analítico-comportamental em grupo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Delitti, M. (2008). Terapia analítico-comportamental em grupo. In A. M. C. Delitti & P. Derdyk (Orgs.). *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 33-58). Santo André: Esetec.
- Gomes, B.C. (2010). *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Harris, R. (2011). *Liberte-se: Evitando as armadilhas da procura da felicidade*. Rio de Janeiro: Agir.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. (Obra original publicada em 1999).
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 10(1), 81-104.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional* (F. Conte, M. Delliti, M. Z. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, Trad.). Santo André, SP: Esetec (Obra original publicada em 1991).
- Machado, D. E. S. (2015). *Avaliação de um programa baseado na terapia de aceitação e compromisso em grupo de pacientes com transtorno afetivo-bipolar* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. (2015). A psicoterapia analítica funcional – functional analytic psychotherapy (FAP). In Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. *Terapia analítico-comportamental: Relato de casos e análises* (pp. 213-234). São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

- Mussi, S. V. (2012). *Transtorno bipolar: Adesão ao tratamento e psicoeducação* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Mussi, S. V., Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2013). Transtorno bipolar: Avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 45-63.
- Olaz, F. O. (2015). FACT: Integrando psicoterapia analítico-funcional (FAP) e terapia de aceitação e compromisso (ACT). In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração* (pp. 343-375). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Pellegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Saban, M. T. (2011). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André: ESETec.
- Saban, M. T. (2013). *Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Saban, M. T. (2015). O que é a terapia de aceitação e compromisso? In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.). *Terapias comportamentais de terceira geração* (pp. 179-216). Novo Hamburgo: Sinopsys.

**Transtorno Bipolar: Contribuições da Psicoterapia Analítica Funcional para uma
Intervenção em Grupo**

**Bipolar Disorder: Contributions of Functional Analytic Psychotherapy for a Group
Intervention**

**Trastorno Bipolar: Aportaciones de la Psicoterapia Analítica Funcional para una
Intervención en Grupo**

Transtorno Bipolar: Intervenção Comportamental

Bipolar Disorder: Behavioral Intervention

Intervención Conductual para el Trastorno Bipolar

Roberta Seles da Costa e Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Resumo

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por oscilações de humor, as quais podem variar entre episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos. Tal quadro pode apresentar impacto significativo na vida do indivíduo em diversos aspectos, desde o profissional até o interpessoal. Nessa direção, a intervenção psicológica se faz importante, tanto para favorecer a adesão ao tratamento farmacológico, quanto para desenvolver repertórios comportamentais que propiciem ao cliente condições de lidar com as dificuldades relacionadas ao transtorno. Considerando as contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) em tratamentos direcionados para transtornos psiquiátricos e queixas interpessoais, elaborou-se um programa de intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas com TB, embasado em ambos os modelos. Embora a ACT associada à psicoeducação tenha sido o foco das estratégias adotadas nos encontros, o objetivo do presente artigo consistiu em descrever como a FAP foi aplicada para a condução e análise da intervenção, a fim de contribuir para a promoção dos comportamentos-alvo estabelecidos. Para tal, foram apresentados o caso clínico dos cinco participantes do grupo, a análise de um dos comportamentos clinicamente relevantes emitidos por cada um deles, bem como alguns dos comportamentos dos terapeutas na interação com o grupo. A partir da aplicação da FAP observou-se o fortalecimento do vínculo entre os membros, especialmente aqueles que participaram com mais frequência dos encontros. Além disso, os mesmos relataram a generalização dos comportamentos emitidos no contexto terapêutico para o ambiente natural, melhorando a qualidade dos relacionamentos interpessoais.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; análise do comportamento; psicoterapia de grupo.

Abstract

Bipolar Disorder (BD) is characterized by mood swings which can vary from maniac, hypomanic and depressive episodes. Such circumstances can have significant impact in an individual's professional and interpersonal life. Taking that into consideration, psychological intervention is important to help with the drug treatment commitment and to develop behavioral patterns that give clients the tools they need to deal with the difficulties concerning this disorder. Taking into consideration the contributions of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) to treatments directed to psychiatric disorders and interpersonal complaints, an analytic-behavioral group intervention program was developed for people with BD, based on both models. Although ACT associated with psychoeducation has been the focus of the strategies taken in the meetings, the purpose of this article was to describe how FAP was used to conduct the analysis of the intervention with the objective to promote the target behaviors that were established. To do so, this article looks at the clinical case study of the five group participants, the analysis of one of the behaviors clinically relevant for each one of them as well as some of the behaviors of the therapists when interacting with the group. It was possible to observe that through FAP there was a strengthening of the bond within group members, especially among those who participated in the meetings more frequently. Besides, group members reported the generalization of behaviors from the therapeutic context to their natural environment, improving their interpersonal relationships.

Key words: Bipolar Disorder; behavior analysis; group psychotherapy.

Resumen

El Trastorno Bipolar (TB) esta descrito por fluctuaciones del humor que pueden variar entre episodios de manía, hipomanía y depresión. Puede presentar un impacto significativo en la vida del individuo en los distintos aspectos, desde el profesional hasta el interpersonal. La intervención es importante para promover la adhesión al tratamiento farmacológico y para desarrollar diversas conductas que ayuden el paciente ante las dificultades relacionadas con el trastorno. El programa de intervención analítico-conductual en grupo ha sido elaborado para tratar personas con TB. Este programa está basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), ambas contribuyen para el tratamiento de trastornos psiquiátricos y quejas interpersonales. Aunque la ACT asociada a la psicoeducación ha sido el foco de los encuentros, el objetivo del presente artículo es describir como la FAP ha sido aplicada para la gestión, análisis de la intervención y para la promoción de conductas-alvo. Fueron presentados casos clínicos de los cinco participantes del grupo, análisis de uno de los comportamientos clínicamente relevantes emitidos y algunas conductas de los terapeutas en la interacción con el grupo. Con la aplicación de la FAP se ha observado un mejor vínculo entre los miembros, en especial aquellos que han participado con más frecuencia de los encuentros. Además, los participantes han relatado la generalización de los comportamientos emitidos en el contexto terapéutico para el ambiente natural, mejorando la calidad de las relaciones interpersonales.

Palabras-clave: Trastorno bipolar; análisis de la conducta; psicoterapia de grupo.

O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por oscilações de humor, as quais podem variar entre episódios maníacos, hipomaníacos e depressivos. Os dois primeiros incluem aumento da energia e da disposição; fala e pensamentos acelerados; redução da necessidade de sono; distraibilidade; autoestima inflada e sentimentos de grandiosidade; além de poderem envolver engajamento em comportamentos de risco. Por outro lado, no período de depressão, pode-se observar redução do interesse por atividades cotidianas; insônia ou hipersonia; alteração do apetite; sentimentos intensos de tristeza, angústia e culpa; pensamentos de morte recorrentes. Vale destacar também o índice elevado de suicídio relacionado ao TB, o que representa mais um indicador de sua gravidade (APA, 2013).

A partir da definição de tal quadro psiquiátrico, nota-se que o mesmo pode apresentar impacto significativo na vida do indivíduo em diversos aspectos, incluindo o interpessoal. Nessa direção, a intervenção em nível psicológico, se faz importante tanto para favorecer a adesão ao tratamento farmacológico, quanto para desenvolver repertórios comportamentais que propiciem ao cliente condições de lidar com as dificuldades relacionadas ao transtorno. Dentre as terapias comportamentais é possível destacar o uso da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) para a intervenção diante de condições psiquiátricas e de déficits de relacionamento interpessoal.

De acordo com a proposta da ACT, a psicopatologia está relacionada à inflexibilidade psicológica e à esquiva experiencial. Nesse sentido, busca-se que o indivíduo compreenda que os pensamentos, sentimentos e/ou lembranças não controlam suas ações e são subprodutos de condições ambientais. Assim, a tentativa de controlar ou se esquivar de tais eventos privados, além de não ser viável, é ineficaz. Em contrapartida, o foco está na ação, uma vez que é possível que o indivíduo aja de acordo com seus valores e objetivos, mesmo experienciando sentimentos e pensamentos desagradáveis. Intervenções baseadas na ACT têm sido aplicadas

com êxito para casos relacionados a transtornos de ansiedade, depressão, esquizofrenia e dor crônica (Hayes, Strosahl & Wilson 1999/2012; Saban, 2015).

A FAP postula que tanto as causas, quanto o tratamento das psicopatologias, podem estar vinculadas aos relacionamentos interpessoais. Dessa forma, aposta na relação terapêutica como instrumento para a promoção dos comportamentos de melhora do cliente. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2001), durante a sessão o cliente pode apresentar comportamentos clinicamente relevantes (CCR) que são funcionalmente correspondentes aos comportamentos emitidos no ambiente natural. Nessa direção, ao seguir a FAP no atendimento em grupo, espera-se que o terapeuta identifique os CCRs do cliente, evoque os CCRs durante o atendimento (inclusive os CCR1s, referentes ao comportamento-problema) e reforce os CCR2s, comportamentos clinicamente relevantes de melhora (Vandenberghe & Ferro, 2005).

Além disso, o terapeuta deve observar os efeitos do próprio comportamento em relação aos CCRs do cliente e fornecer interpretações das variáveis que afetam o comportamento dele, de modo a propiciar condições para que o mesmo seja capaz de analisar funcionalmente seu comportamento (CCR3). Tais processos não precisam ocorrer necessariamente nessa ordem, muitos menos de modo rígido. Retratam direcionamentos para a atuação clínica e devem ser aplicados de forma contingente, de acordo com a análise funcional (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete & Callaghan, 2009/2011).

Considerando as contribuições tanto da ACT, quanto da FAP em tratamentos psicológicos direcionados para transtornos psiquiátricos e queixas interpessoais, elaborou-se um programa de intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas com TB, embasado em ambos os modelos. Embora a ACT associada à psicoeducação tenha sido o foco das estratégias adotadas nos encontros, no presente artigo objetiva-se relatar a experiência de aplicação da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) para a condução e análise da intervenção, a fim de contribuir para a promoção dos comportamentos-alvo estabelecidos

Avaliação e intervenção

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina deu-se início às etapas de avaliação e intervenção. Para a seleção dos participantes foram realizadas duas entrevistas individuais, nas quais buscou-se levantar informações acerca do histórico pessoal e das características relacionadas ao TB. Todos os integrantes do grupo faziam acompanhamento psiquiátrico e quatro deles foram diretamente encaminhados pelo médico, sendo que um procurou o grupo espontaneamente. Como critério de inclusão, considerou-se o diagnóstico de TB, idade superior a 18 anos e que o cliente não estivesse em um período de crise maníaca, hipomaníaca ou depressiva.

No que tange à intervenção, essa foi conduzida na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina por dois terapeutas analistas do comportamento e contou com 10 encontros de aproximadamente 90 minutos cada. Ao longo das sessões abordou-se tanto temáticas relacionadas à psicoeducação, quanto a aplicação de estratégias baseadas nos pilares da ACT. Buscou-se orientar os participantes sobre o TB e propiciar condições para que aprendessem a lidar com os pensamentos e sentimentos considerados negativos, bem como para que definissem e seguissem valores e objetivos pessoais. Para acessar mais detalhadamente as estratégias adotadas em cada um dos encontros, sugere-se a consulta a Costa, Soares e Grossi (no prelo), tendo em vista que no presente relato de experiência será dada ênfase à aplicação da FAP.

Contribuições da FAP

No grupo de intervenção realizado, considerou-se como parâmetro para a definição dos CCRIs de cada cliente, os comportamentos que os mesmos destacavam como queixa e/ou produziam o afastamento de outras pessoas, dificultando o desenvolvimento de interações interpessoais de qualidade. A partir dessa primeira etapa, foram estabelecidas estratégias para

consequenciar os CCR1 e produzir CCR2. Vale destacar novamente que por se tratar de um atendimento que não se restringia à relação terapêutica, as interações com os demais membros contribuíram tanto para evocar comportamentos-problema em sessão (CCR1s), quanto para facilitar a modelagem de comportamentos de melhora (CCR2s).

Além disso, ao longo de todo o programa, buscou-se oferecer condições para que os clientes participassem da análise do próprio comportamento e do comportamento dos outros, de modo a emitirem CCR3s. A seguir serão apresentados o caso clínico dos participantes e um dos CCR1s e CCR2s emitidos por eles, bem como alguns dos comportamentos dos terapeutas na interação com o grupo.

P1: 26 anos, sexo feminino, ensino superior incompleto, autônoma, residia com o esposo e o filho de 4 anos. Tinha recebido o diagnóstico há cerca de 1 ano, no entanto se recordava do primeiro episódio de alteração de humor intensa ao longo da gestação. Queixou-se de irritabilidade acentuada, especialmente com o esposo e também com o filho. Além disso, tinha dificuldade para identificar seus sentimentos e a relação dos mesmos com as variáveis que os determinavam, *“às vezes eu estou bem e fico triste de repente”*.

Embora relatasse que não deixava de realizar as atividades diárias em função de seus sentimentos, percebia redução na disposição para se engajar nas mesmas e dificuldade para alcançar objetivos. Exemplificou que chegou a pagar a matrícula para o curso de administração à distância e abandoná-lo sem as aulas terem iniciado, por ter perdido a vontade. É possível fazer o paralelo desse comportamento com a falta da participante nas duas primeiras sessões do grupo, o que foi considerado como CCR1. Nessas ocasiões, um dos terapeutas entrou em contato com a cliente perguntando o motivo da falta, salientando que a presença dela seria importante e que estariam aguardando-a no próximo encontro.

Na terceira sessão a cliente compareceu (CCR2), foi apresentada aos demais e sua presença foi acolhida não só pelos terapeutas, como também pelos outros integrantes. É

provável que a participação no grupo tenha sido reforçadora, na medida em que a cliente esteve presente em todos os outros encontros, até o fim da intervenção. Inclusive, no último atendimento, a mesma analisou que a dificuldade em concluir objetivos estaria vinculada a iniciá-los, pois havia percebido que postergou a sua inclusão no grupo, mas que depois da primeira vez que participou, aderiu com facilidade (CCR3).

Na entrevista de *follow-up*, a cliente comentou que havia se matriculado em um curso de graduação à distância e que havia escolhido uma área de seu interesse, de modo a aumentar a probabilidade de concluir o curso. Ademais, tinha organizado seus horários no trabalho para facilitar a administração da nova rotina. Tais passos foram coerentes com os valores da cliente, especialmente no que se referia a priorizar-se e focar em seus objetivos.

P2: 28 anos, sexo feminino, cursava graduação e estava afastada do trabalho devido ao TB. Morava com o esposo, o filho, a mãe e um irmão. Também mencionou a vivência do primeiro episódio depressivo após o nascimento do filho. Apontava falta de disposição para realizar as atividades cotidianas, aumento da irritabilidade, dificuldade de concentração, sentimentos intensos de tristeza e de angústia. Passava a maior parte do tempo em casa, no entanto, brigava muito com o esposo e mantinha certo distanciamento do filho.

Frequentemente recusava convites para atividades de lazer, justificando que não tinha vontade ou que estava com alguma dor física relacionada à fibromialgia. Relatava que não tinha mais pensamentos de morte devido ao tratamento farmacológico, no entanto, antes os mesmos eram recorrentes, inclusive, tentou cometer suicídio duas vezes. Os pensamentos repetitivos de morte caracterizavam o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) como comorbidade (APA, 2013).

Um dos comportamentos dessa cliente que foi classificado como CCR1 diz respeito à sua postura corporal e facial que indicava desânimo. Principalmente nas primeiras sessões, P2 franzia a testa, olhava para baixo com frequência, cruzava os braços, mantinha pouco contato

visual, sentava-se com o corpo relaxado na cadeira. De acordo com ela, tais respostas em ambiente natural, produziam o afastamento de outras pessoas. Em uma das sessões, a cliente chegou a mencionar que o próprio filho havia dito que parecia sempre zangada ou desanimada para a realização de atividades.

Além disso, por recusar convites para sair com frequência e relatar falta de vontade, é provável que as pessoas mais próximas ao identificarem tal postura corporal e facial evitassem convidá-la. No grupo, a mesma postura da cliente causava aos terapeutas a percepção de que P2 não estava disposta a promover mudanças, de modo a ser difícil construir um vínculo capaz de favorecer esse processo. Ao longo da intervenção, os terapeutas valorizavam quando a cliente sorria, elogiavam sua aparência física e mantinham o contato visual com os participantes do grupo.

Em uma das sessões, específica para a prática de *feedback*, os terapeutas relataram para a ela esse CCR1 e descreveram que se sentiam mais próximos e capazes de ajudá-la quando P2 emitia o CCR2. Os demais membros do grupo também puderam compartilhar o que sentiam a respeito da cliente. No decorrer dos encontros, observou-se aumento na frequência do contato visual e dos sorrisos, aumento no tom de voz e ritmo da fala, maior participação no grupo, postura ereta ao sentar-se e aumento de comportamentos de autocuidado relacionados à aparência física. Na entrevista de *follow-up* notou-se manutenção dessas respostas, o que pode indicar que no ambiente natural tais comportamentos também foram reforçados.

P3: 24 anos, sexo feminino, ensino superior completo. Morava com a mãe e o avô e estava noiva. Descrevia que desde criança apresentava comportamentos que poderiam ser característicos do TB e que teve uma adolescência conturbada, na medida em que se engajava em comportamentos de risco. Acrescentou que o relacionamento conflituoso com a irmã, que tinha diagnóstico de TB, contribuía para que agisse daquele modo. Quando a irmã cometeu

suicídio, a cliente a princípio sentiu muita raiva devido ao sofrimento que ela causara para a família toda. No entanto, relatou tentar lidar com o luto sem deixar que o mesmo atrapalhasse sua rotina diária.

Como características do TB, queixou-se do aumento da distraibilidade, irritabilidade e impulsividade. Além disso, percebia a fala e os pensamentos acelerados, e verbalizava ser capaz de prestar atenção a muitos estímulos ao mesmo tempo. Também mencionou dificuldade para estabelecer e concluir objetivos. Nessa direção, pode-se mencionar como um dos CCR1s a dificuldade da cliente em se comprometer, vincular-se com o processo, assim como também apresentava baixa adesão às intervenções médicas, abandonando acompanhamentos psiquiátricos anteriores e o tratamento farmacológico. Ademais, a cliente tinha relatado a desistência da psicoterapia individual.

No grupo, P3 faltava com frequência, geralmente por marcar outras atividades no horário dos encontros (CCR1). Nas entrevistas individuais a cliente também agendava e desmarcava várias vezes, inclusive, devido a isso, não foi possível realizar o *follow-up* (CCR1). Em uma sessão em que a cliente fez uma exposição difícil, os terapeutas acolheram P3, assim como os demais membros do grupo. Na ocasião, ainda que a cliente tenha se esquivado da situação ao ir embora mais cedo com a justificativa de ter uma consulta médica, apresentou também um CCR2, na medida em que compartilhou sentimentos dolorosos com o grupo e deu oportunidade para que todos se sentissem mais próximos dela.

Outro CCR2 apresentado diz respeito à busca pelo atendimento individual. Embora tenha tido dificuldade para se engajar no grupo, ao término da intervenção, a cliente entrou em contato com um dos terapeutas responsáveis pelo atendimento para solicitar ajuda, dadas as dificuldades que estava passando. Tendo em vista que esse comportamento indicou um passo na direção de vincular-se ao processo terapêutico, deu-se início à psicoterapia.

P4: 41 anos, sexo feminino, ensino médio, casada e mãe de duas filhas. Estava afastada do trabalho devido ao TB, mas realizava atividade remunerada informal. Por 21 anos fez tratamento para depressão, desde o nascimento da primeira filha. Entretanto, assim que melhorava deixava de tomar os medicamentos e voltava a apresentar novo episódio. Relatou que vários dos períodos depressivos foram desencadeados por conflitos com o esposo, que na época era alcoolista. No decorrer de tais crises, houve duas tentativas de suicídio.

Há quase um ano havia recebido diagnóstico de TB e estava fazendo acompanhamento psiquiátrico contínuo. Queixava-se de aumento da irritabilidade; pensamento muito acelerado que dificultavam a concentração; engajamento em várias atividades ao mesmo tempo sem concluí-las; compras de objetos que não precisava ou para presentear outras pessoas; sentimento de tristeza e culpa, principalmente quando discutia com as filhas ou não atendia o pedido de alguém. A cliente apresentava um padrão passivo e agressivo, pois não se posicionava e aceitava as exigências dos outros, mesmo que fossem contra os seus próprios interesses ou se irritava facilmente, envolvendo-se em discussões.

É possível descrever como um dos CCR1s a dificuldade para se posicionar, pois ainda que demonstrasse dificuldade para a atividade da sessão, permanecia em silêncio, sem perguntar como poderia executá-la. Além disso, não reconhecia a importância de se dedicar para si, sendo sua participação no grupo um dos poucos momentos reservados para ela mesma. Os terapeutas, identificando essas dificuldades, passaram a oferecer ajuda para a cliente e a desenvolver dinâmicas nas quais todos deveriam dar sua opinião. Nessas ocasiões, quando a cliente fazia questionamentos ou comentários, era valorizada pelos mesmos. É provável que o próprio reforço natural de obter a resposta e facilitar seu desempenho na atividade, favorecesse a manutenção do CCR2.

A cliente também começou a se arrumar mais para ir aos encontros e compartilhou isso com o grupo. Não somente os terapeutas, mas também os demais integrantes notaram a

mudança na aparência física da cliente e a elogiaram. Um dos encontros ocorreu próximo do aniversário de P4 e a mesma levou um bolo para comemorar com os outros participantes, o que mais uma vez indicou que estava valorizando o seu espaço e reconhecendo sua importância para o grupo.

Contudo, posteriormente, a cliente passou a faltar e não esteve presente nos últimos encontros. Como justificativa para as ausências, P4 mencionou a sobrecarga de trabalho, atuava como sócia da filha em um restaurante e não estava conseguindo sair no horário para participar ao grupo. Acredita-se que os comportamentos validados na intervenção, foram punidos no ambiente natural, pois a partir do contato com os familiares da cliente, observou-se que parecia mais confortável a eles que P4 continuasse atendendo aos pedidos e permanecesse dedicando-se aos interesses dos outros.

Também em razão do trabalho, não pôde participar da entrevista de *follow-up* e mencionou que estava doente. A terapeuta colocou-se à disposição, caso a cliente sentisse necessidade de ajuda. Cerca de um mês depois, P4 entrou em contato com a terapeuta relatando que estava em episódio depressivo e precisava de atendimento psicológico (CCR2). Tal comportamento pode ser caracterizado como melhora, tendo em vista que P4 reconheceu a importância de cuidar de si e expressou uma demanda pessoal.

P5: 32 anos, sexo masculino, ensino superior completo, servidor público, residia com a esposa e a filha. Tinha o diagnóstico de TB há 6 anos e era bastante informado sobre o mesmo. Relatou que desde a adolescência apresentava comportamentos característicos do TB, como envolvimento em comportamentos de risco. Adicionou que apresentava características mais próximas do polo maníaco/hipomaniaco, tendo em vista que teve poucos episódios depressivos e que tentava ao máximo evitá-los. Inclusive, apresentava dificuldade para identificar e experimentar sentimentos considerados negativos.

O cliente mencionava ter alta produtividade e ser capaz de se engajar em várias atividades simultaneamente, bem como gostava de assumir a função de liderança, chegando a ser o responsável pela condução de uma greve. Descrevia pensamentos acelerados e redução da necessidade de sono. Devido ao engajamento em vários compromissos, a esposa se queixava da falta de tempo dele para a família. Quanto ao histórico familiar, a mãe também tinha diagnóstico de TB e perdera o contato com o pai ainda quando criança.

No que tange à intervenção, P5 apresentou alta adesão, tendo em vista que faltou em apenas um dos encontros. Como CCR1, selecionou-se o comportamento de interromper a fala de outros membros do grupo, falar por muito tempo sobre conteúdo superficial e incluir assuntos que não eram relacionados à temática discutida. Tais comportamentos causavam distanciamento dos demais integrantes, tendo em vista que esses deixavam de prestar atenção ao que ele estava dizendo, bem como não davam continuidade ao assunto que o mesmo havia iniciado. Vale destacar que os participantes do grupo, logo nas primeiras sessões, consequenciaram o CCR1 do cliente do modo como foi descrito anteriormente.

Diferentemente, os terapeutas para estabelecer o vínculo, especialmente nos encontros iniciais, ofereceram atenção ao que P5 dizia, uma vez que faziam e respondiam perguntas, além de prosseguirem com o assunto sugerido por ele. Assim que esse padrão comportamental foi identificado como CCR1, os terapeutas diminuíram o contato visual quando o cliente falava prolongadamente sobre algum assunto superficial, dirigiram perguntas mais relacionadas ao que ele estava sentindo na ocasião, solicitaram a participação de outros clientes e chegaram a interromper a fala do participante em alguns momentos. Desse modo, o mesmo passou a discriminar as ocasiões em que estava monopolizando a sessão e a indicar que era a vez de outros participarem, bem como selecionar o que falar quando era a sua vez de comentar algo, incluindo conteúdo relacionado aos seus sentimentos. Os demais participantes

ofereceram *feedback* acerca da melhora do cliente e começaram a demonstrar maior interesse no que o mesmo relatava, favorecendo a aproximação entre os membros do grupo.

Embora a descrição acerca dos CCRs dos participantes tenha sido pontual, é possível notar a correspondência dos mesmos com queixas referentes à vida diária, corroborando a afirmativa da FAP no que se refere à possibilidade de intervir a partir da relação estabelecida no *setting* terapêutico. Nessa direção, o comportamento dos terapeutas foi planejado a fim de possibilitar o aumento na frequência do CCR2 na sessão e o estabelecimento de tarefas ao longo dos encontros teve como propósito facilitar a generalização dessas melhoras para o ambiente natural. Apenas o recorte da aplicação da FAP certamente não é suficiente para demonstrar toda a complexidade envolvida em seu uso, contudo, pode-se evidenciar sua utilidade para a modelagem dos comportamentos-alvo, realizada ao longo do atendimento em grupo.

Considerações finais

As particularidades da aplicação da FAP em grupo representaram um desafio. Por um lado, o contexto terapêutico ficou mais próximo do ambiente natural, o que aumentou a probabilidade de emissão e modelagem de CCRs. Em contrapartida, exigiu-se mais dos terapeutas, na medida em que vários comportamentos, de clientes diferentes, ocorriam ao mesmo tempo, demandando que a consequência fosse contingente e adequada ao tipo de CCR apresentado. Nesse sentido, as discussões realizadas em supervisão foram importantes para nortear o planejamento das intervenções e analisar o que essas relações produziam em cada um dos envolvidos (Conte, 2008; Meyer, Villas-Bôas, Franceschini, Oshiro, Kameyama, Rossi e Mangabeira, 2015).

Ao se relatar a experiência da aplicação da FAP no grupo não se pretendeu esgotar a descrição do modo como foi utilizada ao longo das sessões, mas sim evidenciar que a mesma

pode contribuir para o manejo da intervenção e para a promoção de comportamentos de melhora, tanto na terapia, quanto fora dela. Espera-se que o presente artigo possa incentivar novos estudos e intervenções que apliquem a FAP em grupo, modalidade de atendimento relevante para demandas psiquiátricas, como o Transtorno Bipolar.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (M. I. C. Nascimento et al., trad., 5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Conte, F. C. S. (2008). O uso da psicoterapia analítico funcional (FAP) em grupos terapêuticos. In A. M. C. Delitti & K. P. R. Derdyk (Orgs.) *Terapia analítico-comportamental em grupo* (pp. 127-156). Santo André: Esetec.
- Costa, R. S.; Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (no prelo). Estrutura das sessões de uma intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar. *Acta Comportamentalia*.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. (Obra originalmente publicada em 1999).
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional* (F. Conte, M. Delliti, M. Z. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, Trads.). Santo André, SP: ESETEc (Original publicado em 1991).
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (F. Conte, & M. Z. Brandão, Trads.). Santo André, SP: ESETEc (Original publicado em 2009).
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. (2015). *Terapia analítico-comportamental: relato de casos e análises*. São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

- Saban, M. T. (2015). O que é a terapia de aceitação e compromisso? In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Orgs.) *Terapias comportamentais de terceira geração* (pp. 179-216). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e prática*, 7(1), 137-152. Recuperado em 13 de abril, 2016, de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1032/749>.

Transtorno bipolar: avaliação de uma intervenção analítico-comportamental em grupo

Bipolar disorder: evaluation of a behavior analytic intervention group

Trastorno Bipolar: evaluación de una intervención analítico-conductual en grupo

Transtorno Bipolar: avaliação de uma intervenção analítico-comportamental

Roberta Seles da Costa e Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Resumo

O objetivo do presente artigo consiste em apresentar uma intervenção analítico-comportamental em grupo, enfatizando a avaliação de resultados obtidos quanto aos episódios de mania/hipomania, depressão e qualidade de vida de clientes diagnosticados com Transtorno Bipolar. O programa foi baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso e no modelo da Psicoeducação. O grupo totalizou 10 sessões e contou com 5 participantes, avaliados antes da intervenção, após e no follow-up de três meses. Em cada uma dessas etapas aplicou-se a Escala Young (mania/hipomania), a Escala Hamilton (depressão) e o WHOQOL-bref (qualidade de vida). A avaliação demonstrou que após a intervenção houve redução nos sintomas e melhora nos aspectos físico e psicológico da qualidade de vida. Observou-se correlação estatística entre o escore no domínio psicológico e a frequência nas sessões do grupo. Tais dados indicaram que a intervenção analítico-comportamental pode contribuir para o tratamento do Transtorno Bipolar.

Palavras-chave: transtorno bipolar; grupo; análise do comportamento; terapia de aceitação e compromisso; psicoeducação.

Abstract

The purpose of the present article is to showcase a behavioral-analytical group intervention, with a focus on results obtained during mania/hipomania, depression and quality of life instances of clients diagnosed with Bipolar Disorder. The program followed Acceptance and Commitment Therapy guidelines and the Psycho Education model. The group of 5 participants had 10 sessions. They were evaluated before and after the intervention as well as during a 3 month follow up. In each one of these stages, the Young Rating Scale (mania/hipomania), the Hamilton Rating Scale (depression) and the WHOQOL-brief (quality of life) were used. The evaluation showed that after intervention there was a reduction of the symptoms and an improvement of the physical and psychological aspects of quality of life. It was possible to observe a statistical correlation between the psychological domain and the group sessions frequency. Such data indicated that the behavioral-analytical intervention can contribute to the treatment of the Bipolar Disorder.

Key-words: bipolar disorder; group; behavioral analysis; acceptance and commitment therapy; psycho education.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar una intervención analítico-conductual en grupo, destacando la evaluación de los resultados referentes a los episodios de manía/hipomanía, depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar. El programa se basó en la Terapia de Aceptación y Compromiso y en el modelo de Psicoeducación. El grupo totalizó 10 sesiones, con 5 participantes, evaluados antes de la intervención, después y en el seguimiento de tres meses. En cada una de las etapas se ha aplicado la Escala Young (manía/hipomanía), la Escala Hamilton (depresión) y el WHOQOL-bref (calidad de vida). La evaluación ha demostrado que tras la intervención fueron reducidos los síntomas y mejoraron en los aspectos físico y psicológico de la calidad de vida. Se ha observado correspondencia estadística entre la puntuación de dominio psicológico y la frecuencia en las sesiones del grupo. Los datos indican que la intervención analítico-conductual pueden ayudar en el tratamiento del Trastorno Bipolar.

Palabras-clave: trastorno bipolar; grupo; análisis de la conducta; terapia de aceptación y compromiso; psicoeducación.

Introdução

A Análise do Comportamento em sua aplicação clínica pode oferecer contribuições para diferentes demandas, dentre elas enquadra-se as relacionadas aos transtornos psiquiátricos. O comportamento classificado como psicopatológico, a partir de uma perspectiva behaviorista radical, é também compreendido com base nas variáveis ambientais que o determinam. Nesse sentido, o Modelo de Seleção pelas Consequências mantém-se, na medida em que os níveis filogenético, ontogenético e cultural são considerados para a análise e intervenção diante desses padrões comportamentais que causam sofrimento para o indivíduo e para as pessoas ao redor (Skinner, 1989/1991; Boas, Banaco & Borges, 2012).

Um dos quadros psiquiátricos que recentemente tem recebido a atenção de analistas do comportamento diz respeito ao Transtorno Bipolar (Soares & Mussi, 2013). O mesmo implica em excessos e déficits comportamentais e é caracterizado por alterações de humor, marcadas por episódios de mania, hipomania e depressão. Nos períodos de mania e hipomania é comum que o indivíduo descreva sentimentos de euforia, pensamentos de onipotência e grandiosidade, bem como apresente energia em excesso, impulsividade, agitação motora, aumento da produtividade, redução da necessidade de sono, alterações de apetite e engajamento em comportamento de risco. Em contrapartida, no polo depressivo, pode-se observar diminuição da capacidade de trabalho e da disposição, pensamentos de morte, irritabilidade, relato de sentimentos de tristeza e desânimo, insônia ou hipersonia (APA, 2013).

A fim de conscientizar as pessoas com tal diagnóstico e seus familiares acerca dos sintomas e do tratamento, uma das principais alternativas de intervenção têm sido a Psicoeducação. O modelo proposto em Barcelona por Colom e Vieta (2004) foi adaptado em intervenções realizadas no Brasil, tais como a de Gomes (2010), Pellegrinelli (2010) e Mussi (2012), sendo que a última representa a abordagem analítico-comportamental e considera a

análise funcional como condição norteadora. Tal autor desenvolveu um grupo de 16 encontros com 9 participantes e obteve resultados significativos no que tange à redução nos escores de mania e melhora no domínio físico de qualidade de vida.

Também merece destaque o estudo de Machado (2015), que desenvolveu um grupo sob a perspectiva da Análise do Comportamento para indivíduos com tal diagnóstico. Além da psicoeducação, a intervenção incluiu princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). O programa foi delineado com cinco sessões e o grupo formado por três participantes. Tendo em vista a falta de intervenções da ACT direcionadas especificamente para o TB, o autor adotou estratégias e metáforas utilizadas em intervenções para ansiedade, depressão e psicose. O objetivo consistiu em proporcionar condições para que as participantes aceitassem os pensamentos, sentimentos e lembranças, bem como fossem capazes de definir valores e agir de acordo com os mesmos, vivenciando o momento presente (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Os resultados obtidos demonstraram redução nos escores de mania e depressão após a participação no grupo e melhora na qualidade de vida, especialmente nos domínios físico e de relações sociais. Ademais, a partir da análise das verbalizações dos integrantes do grupo e da aplicação de questionários da ACT, observou-se que a intervenção foi eficiente para que as participantes aprendessem a lidar com os sentimentos, pensamentos e lembranças, sem a tentativa de controlá-los. Embora esse estudo tenha apresentado limitações quanto ao número de participantes, ausência de follow-up e de grupo controle, os resultados alcançados foram promissores, indicando a importância da realização de programas de intervenção semelhantes no Brasil.

Dessa forma, a presente pesquisa elaborou, aplicou e avaliou um programa de intervenção a partir da Psicoeducação e da ACT, considerando os grupos de Mussi (2012) e Machado (2015) como principais referências. Os instrumentos utilizados para a mensuração

dos resultados foram os mesmos aplicados pelos autores e também foram empregados por outros pesquisadores que desenvolveram intervenções para pessoas com TB no país. (Gomes, 2010; Pellegrinelli, 2010; Oliveira, 2011; Matta, 2012).

Nessa direção, o objetivo do presente artigo consiste em apresentar a intervenção em grupo desenvolvida, enfatizando a avaliação dos resultados obtidos no que tange aos episódios de mania, hipomania e depressão, bem como no que se refere à qualidade de vida dos participantes. Vale salientar que os instrumentos padronizados foram selecionados como uma estratégia para avaliação quantitativa dos resultados e comparação com trabalhos anteriores. Contudo, a análise de tais ferramentas não se restringiu à dimensão quantitativa, na medida em que se realizou a análise funcional por meio da observação dos comportamentos dos participantes ao longo do processo psicoterapêutico.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa cinco pessoas com diagnóstico de TB, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 24 e 41 anos. Todos faziam acompanhamento psiquiátrico e quatro deles já haviam se submetido à psicoterapia em algum momento, no decorrer do tratamento médico. Nenhum dos participantes havia passado por hospitalização psiquiátrica e dois deles mencionaram histórico de tentativa de suicídio.

Quanto aos dados sociodemográficos, dois participantes possuíam ensino superior completo, um ensino superior incompleto e outro ensino médio. Além disso, uma das participantes cursava graduação. Todos os membros do grupo eram ativos profissionalmente, embora dois deles estivessem afastados do trabalho formal. Residiam com os familiares, sendo que quatro eram casados e tinham ao menos um (a) filho (a).

Instrumentos

Para a coleta dos dados pessoais dos participantes utilizou-se o Questionário Sociodemográfico desenvolvido por Mussi (2012) (Anexo A), o qual contemplava informações relacionadas à idade, escolaridade, profissão, renda familiar, tempo de diagnóstico, quantidade de hospitalizações e informações sobre tentativas de suicídio.

A fim de avaliar os sintomas dos episódios de depressão e mania/hipomania empregou-se dois instrumentos: a escala Hamilton – HDRS (Anexo B) e a escala Young – YMRS (Anexo C), respectivamente. Ambos solicitam que o indivíduo responda de acordo com a última semana e apresentam cinco alternativas. A escala Hamilton é composta por 17 questões e de acordo com Del Porto (1989) escores entre 7 e 17 oferecem indícios de depressão leve, de 18 a 24 depressão moderada e acima de 25, grave. A escala Young contém 11 itens e o escore superior a 12 sugere características de mania ou hipomania (Gorestein, Andrade & Zuardi, 2000).

O instrumento WHOQOL-*bref* (Anexo D) foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e avalia a qualidade de vida. O mesmo apresenta validade psicométrica para a população brasileira e é formado por 26 itens, sendo que o participante deve responder às questões considerando as duas últimas semanas. A escala *likert* empregada varia entre 1 e 5 pontos e os domínios abordados são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além desses domínios, as duas primeiras questões avaliam a percepção do indivíduo em relação à qualidade de vida e sua satisfação com a saúde. Escores abaixo de 2,9 sinalizam que o domínio precisa ser melhorado; entre 2,9 e 3,9 indicam nível regular; de 4 a 4,9 considera-se como bom e acima de 5 recebe a classificação de muito bom (WHOQOL Group, 1998; Fleck et al., 2000).

Procedimento

Os participantes foram encaminhados por profissionais da psiquiatria e convidados pela pesquisadora para a realização da primeira entrevista. Nesse encontro, os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e caso o indivíduo demonstrasse interesse em fazer parte do grupo de intervenção, seguia-se com a coleta de dados. Primeiramente, empregou-se o Questionário Sociodemográfico (Mussi, 2012) (Anexo A) e depois foi realizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice F) sobre o histórico do participante em relação ao diagnóstico, rotina diária, dados da vida familiar e profissional. No segundo encontro individual com o participante, os demais instrumentos foram aplicados.

Após a conclusão dessa etapa, deu-se início ao grupo de intervenção. O mesmo contou com 10 encontros semanais e todos foram registrados em áudio e vídeo, bem como acompanhados pela equipe de pesquisa, composta pela docente orientadora, três alunas de iniciação científica e duas médicas residentes em psiquiatria. Essas últimas participaram de um dos encontros para esclarecer aspectos relacionados ao tratamento farmacológico e ao próprio diagnóstico. As demais sessões foram conduzidas por dois psicólogos analistas do comportamento, sendo a pesquisadora uma das terapeutas.

A partir da perspectiva analítico-comportamental, os princípios da ACT foram desenvolvidos ao longo das sessões, no sentido de promover a flexibilidade psicológica. Desse modo, por meio das estratégias selecionadas, buscou-se oferecer condições para que os participantes identificassem que os sentimentos, pensamentos e lembranças não eram causas para os comportamentos e sim produtos de variáveis ambientais. Nesse sentido, não seria possível, nem necessário controlá-los, mas aceita-los, reconhecendo-os e vivenciando-os no momento presente. Não se trata de uma postura passiva, muito pelo contrário, incentivou-se que os participantes, mesmo experienciando eventos privados considerados desagradáveis, agissem de acordo com os valores e objetivos que estabeleceram. Tais comportamentos

tendem a aumentar o acesso a reforçadores e a exposição às contingências (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012).

Vale destacar que como foco de análise e intervenção também se utilizou a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), de modo que fosse dada ênfase na relação terapêutica e nos comportamentos clinicamente relevantes apresentados durante a sessão (Kohlenberg & Tsai, 2001). Dessa forma, os terapeutas puderam consequenciar de forma contingente os comportamentos dos participantes. Além disso, a modalidade de grupo contribuiu para a aplicação da FAP, na medida em que os próprios participantes proporcionavam condições que favoreciam tanto a apresentação de comportamentos-problema, quanto de comportamentos de melhora dos demais.

No que tange às temáticas de psicoeducação, abordou-se a definição do TB; as características dos episódios de mania, hipomania e depressão; adesão ao tratamento farmacológico; prevenção ao abuso de álcool e outras drogas; importância do acompanhamento psiquiátrico durante a gravidez e amamentação; risco de suicídio e estratégias para lidar com os sintomas da doença. Tais aspectos convergem com os abordados no protocolo de Colom e Vieta (2004) e aplicados nos grupos de Gomes (2010), Pellegrinelli (2010) e Mussi, Soares & Grossi (2013). Caso o leitor tenha interesse em acessar a descrição das estratégias aplicadas em cada um dos encontros sugere-se que consulte Costa, Soares e Grossi (no prelo).

Ao término da intervenção os questionários utilizados para a seleção dos participantes foram aplicados novamente em entrevista individual. A sessão de *follow-up* foi realizada após três meses do término da intervenção e apenas três dos participantes tiveram disponibilidade para participar da mesma, de modo a responderem os instrumentos.

Procedimento de análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada a partir de dois testes não-paramétricos. O primeiro consiste no Teste de Sinais para duas amostras dependentes, adotando $P < 0,05$ como nível de significância e o segundo refere-se ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*, o qual fornece uma medida de associação entre duas variáveis. Além da análise quantitativa, analisou-se os dados provenientes da observação direta do comportamento dos participantes e do relato verbal dos mesmos qualitativamente. Embora sejam estratégias de análise distintas, tanto a análise qualitativa, quanto a quantitativa foram complementares e aumentaram a confiabilidade nos resultados evidenciados.

Procedimentos éticos

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 49062715.8.0000.5231. Desse modo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e seus dados pessoais foram preservados. Além disso, o material registrado em áudio e vídeo foi mantido em local seguro, com acesso restrito aos pesquisadores da equipe.

Resultados

A partir da análise das entrevistas individuais, das sessões e da aplicação dos instrumentos, pode-se apontar resultados quantitativos e qualitativos, bem como possíveis relações entre eles. Nas Figuras 1 e 2 são avaliados os critérios para depressão e mania, resultantes das escalas Hamilton e Young, respectivamente. Enquanto a Figura 3 apresenta dados referentes à qualidade de vida, obtidos por meio dos escores nos quatro domínios do *WHOQOL-bref*: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

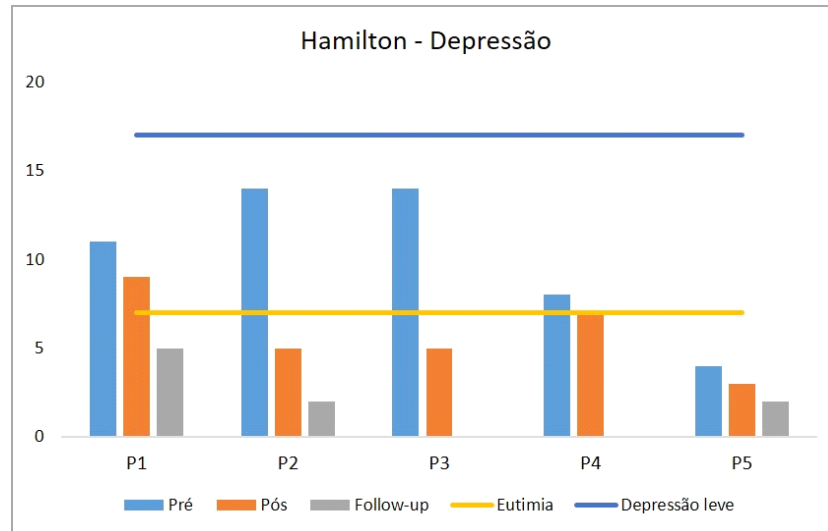


Figura 1. Escores totais do pré-teste, pós-teste e follow-up de cada participante na escala Hamilton

A partir da Figura 1 pode-se observar que houve redução nos escores totais de todos os participantes, ainda que P1 e P4 tenham mantido indícios de depressão leve nos resultados pós-intervenção. Em contrapartida, P2 e P3 atendiam ao critério de depressão leve no pré-teste e os escores obtidos após o grupo indicaram que estavam estáveis. De acordo com a análise estatística houve diferença significativa entre o pré e o pós-teste (p -valor 0,0313), o que oferece indícios de que o escore da depressão diminuiu após a participação no grupo.

Quanto ao *follow-up* realizado 3 meses após o término do grupo, nota-se que P1, P2 e P5 continuaram apresentando diminuição dos escores, de modo que nessa última avaliação os três participantes atenderam aos critérios da classificação de eutimia. Tal dado sugere que os participantes, especialmente P1 e P2, que antes apresentavam depressão leve, foram capazes de manejar condições ambientais de modo a prevenir recaídas.

A Figura 2 demonstra os escores totais do pré-teste, pós-teste e follow-up de cada participante na escala Young.

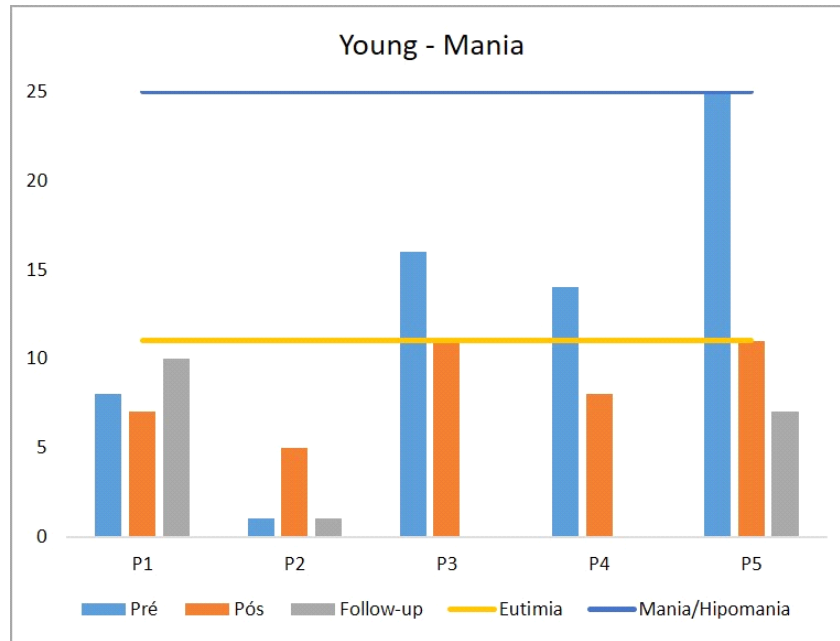


Figura 2. Escores totais do pré-teste, pós-teste e follow-up de cada participante na escala Young.

A partir da Figura 2 constata-se que os participantes P3, P4 e P5 antes da intervenção atingiam os critérios para mania/hipomania, com escores superiores a 12. Esses participantes apresentaram redução nos escores após a intervenção, passando ao estado eutímico. Para a análise desse resultado faz-se importante considerar algumas hipóteses formuladas a partir da intervenção. Embora P3 e P5 não mais atendessem aos critérios dos instrumentos e tivessem apresentado melhoras qualitativas, ainda foram observadas características que corroboravam com episódio hipomaniaco ao término do grupo.

Por meio da psicoeducação, é provável que P3 e P5 tenham se tornado mais aptos para identificar quais respostas às questões não seriam condizentes com os sintomas avaliados pelo instrumento. Em contrapartida, mesmo que a intervenção possa interferir na fidedignidade dos resultados obtidos com a escala, se esses participantes forem capazes de relacionar os sintomas de TB com os próprios comportamentos, atingiu-se um dos propósitos do grupo. Tal condição pode ter contribuído para manejarem condições ambientais que previnam os episódios de hipomania ou mania.

Os participantes P1 e P2, apresentaram quadro eutímico, tanto em pré, quanto em pós-teste. Contudo, observou-se aumento no escore de P2, a qual apresentava um quadro de depressão leve, tal como indicado pela escala Hamilton e relatava indisposição para realizar atividades, desânimo e tristeza frequentes. No escore da escala Young, observou-se aumento leve nas dimensões humor expansivo, energia e atividade motora, fala e pensamentos acelerados, o que pode representar um indício de melhora no caso dessa participante.

Nota-se nos escores provenientes do *follow-up* que P1, P2 e P5 mantiveram-se eutímicos, sendo que P2 e P5 apresentaram redução no escore total do instrumento e P1 apresentou aumento. Os três participantes continuaram o acompanhamento psiquiátrico e relataram que estavam mais conscientes das variáveis relacionadas aos episódios do TB, o que por sua vez, favorecia a manipulação de contingências que prevenissem os mesmos.

A seguir, na Figura 3 serão apresentados os dados relativos à qualidade de vida pré, pós-intervenção e no follow-up de cada participante para os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

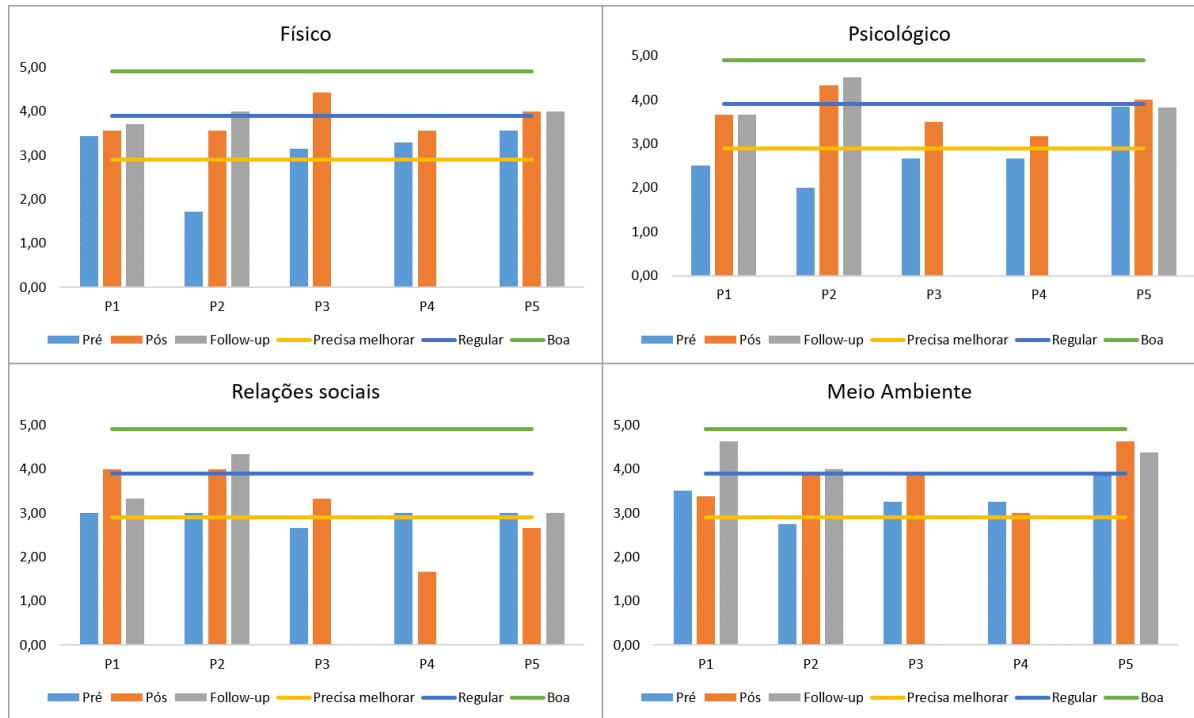


Figura 3. Qualidade de vida pré, pós-intervenção e no follow-up de cada participante para os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Na Figura 3 percebe-se que todos os participantes apresentaram melhora no pós-teste para os domínios físico e psicológico. O primeiro avalia sete dimensões: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos; e capacidade de trabalho. Entre os participantes 80% aumentou ou manteve a pontuação máxima em ao menos quatro dessas dimensões. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa entre o pré e o pós-teste (p-valor 0,0313), indicando que após a intervenção os participantes apresentaram melhoras no domínio físico.

Em relação ao domínio psicológico, vale apontar que se obteve alto índice de correlação estatística (97,47%) entre a frequência nos encontros e os escores apresentados, o que aponta que a presença nas sessões foi diretamente proporcional aos escores nesse domínio, demonstrando uma possível relação entre a adesão ao tratamento e o alcance dos resultados esperados. P2, por exemplo, apresentou o maior escore (4,33) e esteve presente em

100% dos encontros, enquanto P4 apresentou a menor frequência nos encontros (50%) e também o menor escore (3,17) dentre os participantes do grupo.

No que diz respeito às dimensões do domínio psicológico pode-se indicar que a pontuação dos cinco participantes aumentou na dimensão autoestima e que P2 apresentou melhora em todas as seis dimensões, as quais são: sentimentos positivos; autoestima; memória e concentração; imagem corporal e aparência; espiritualidade e crenças pessoais; sentimentos negativos. Ademais, houve diferença estatística significativa entre o pré e o pós-teste (p -valor 0,0313), o que oferece indícios que os participantes melhoraram nesse domínio após a participação no grupo. Esse é um dado interessante, na medida em que se observa que a maioria dimensões envolvidas no domínio psicológico referem-se a temáticas abordadas ao longo da intervenção.

Quanto ao domínio relações sociais, salienta-se que a qualidade das interações com outras pessoas também constituiu um dos focos do grupo e todos os participantes apresentaram melhora ou manutenção de uma pontuação alta na dimensão relacionamentos interpessoais. Além disso, a partir da comparação entre os resultados pré e pós-intervenção nota-se que P1 e P2 deixaram de contemplar o critério de regular e passaram à classificação “bom”, inclusive, o primeiro apresentou melhora em todas as dimensões desse fator.

De acordo com o instrumento, P3 precisava melhorar nesse domínio e após o grupo, atingiu o nível regular. P4 e P5, no entanto, atingiram o critério regular e na segunda aplicação do instrumento houve diminuição nos escores, indicando a necessidade de melhora. Ambos os participantes apresentaram um índice menor em relação ao pré-teste nas dimensões referentes ao apoio social e atividade sexual. Vale salientar que P4 participou de apenas 5 sessões e justificou suas ausências com base na demanda profissional, indicando que sua sócia não permitia que saísse do horário de trabalho para frequentar os encontros. Esse é um dos

relatos referentes ao ambiente natural da participante que poderia justificar a redução na pontuação do item apoio social.

O domínio meio ambiente avalia condições relacionadas ao acesso a informações, serviços de saúde, recursos financeiros, segurança e transporte, bem com as condições do ambiente físico e as oportunidades para atividades de lazer. No pré-teste, apenas o escore de P2 apresentava indicação “precisa melhorar”, enquanto os demais eram regulares. Após a intervenção, P2 e P5 apresentaram melhoras, alcançando as classificações regular e bom, respectivamente.

A partir dos valores estabelecidos pelos participantes, alguns dos objetivos delineados durante a intervenção se relacionavam ao aumento do tempo de qualidade com pessoas consideradas importantes para eles, no sentido de aproveitarem oportunidades de lazer. Dessa forma, a dimensão referente a oportunidades e participação em atividades de lazer oferece um dado interessante, na medida em que P1, P2 e P4 apresentaram melhora, sendo que o segundo indicou a pontuação máxima na questão correspondente a essa dimensão. Tal exposição a momentos com a família e com os amigos foram seguidamente incentivados no grupo, especialmente para P2, que relatava recusar frequentemente convites para passear, devido a sentimentos como tristeza e desânimo.

Quanto aos dados obtidos no *follow-up* foi possível observar que P2 apresentou melhora nos escores de todos os domínios, o que pode sinalizar que os comportamentos modelados no grupo, ao serem generalizados para o ambiente natural foram reforçados e mantidos. P1 apresentou melhoras nos escores do domínio físico e meio ambiente, bem como manteve o escore referente ao domínio psicológico. Ainda que tenha havido redução no escore de relações sociais, observa-se que o mesmo se manteve mais alto do que na avaliação realizada pré-intervenção. Quanto ao P5, pôde-se notar manutenção no domínio físico e melhora em relações sociais. No que tange ao domínio meio ambiente, o participante manteve

a classificação “boa” apesar da redução no escore absoluto. Diferentemente no domínio psicológico, a redução no escore repercutiu na alteração da classificação de “boa” para “regular”. Nesse caso, houve diminuição em duas dimensões, a relacionada aos sentimentos positivos e às crenças pessoais e espiritualidade.

De modo geral foi possível identificar melhora na qualidade de vida dos participantes, principalmente no que tange aos domínios físico e psicológico. Verifica-se entre os participantes avaliados três meses após o término do grupo, a manutenção de um padrão saudável de qualidade de vida e do estado de eutímia. Vale esclarecer que tais resultados foram provenientes da aplicação de instrumentos e que a contribuição dos mesmos esteve relacionada ao modo como foram analisados, uma vez que não se abordou apenas os escores totais, mas também dimensões específicas avaliadas pelos questionários. O número reduzido de participantes favoreceu esse tipo de análise, bem como privilegiou o método de sujeito único, em que os resultados avaliados pré e pós-teste comparam o indivíduo com ele mesmo. Assim, foi possível identificar as melhoras e as dificuldades de cada participante a partir de seu repertório inicial e não somente com base na média do grupo.

Discussão

Uma primeira questão que merece ênfase, diz respeito à avaliação por meio de instrumentos padronizados realizada por analistas do comportamento. É evidente que a perspectiva behaviorista radical não propõe a exclusividade dos instrumentos de medida como fontes de informação. Contudo, ao serem empregados como complementares, os questionários adotados evidenciaram resultados que corroboraram com a observação direta dos comportamentos dos participantes.

Ademais, a dimensão quantitativa permitiu a comparação com resultados provenientes de outras pesquisas. Nessa direção, notou-se que os resultados encontrados referentes aos escores de mania e depressão convergem com os obtidos por Mussi (2012) e Machado (2015), tendo em vista que ambos observaram redução entre o pré e o pós-teste no que tange aos episódios do TB. O primeiro, no entanto, indicou que houve diferença estatística significativa entre os escores de mania, enquanto que no grupo desenvolvido, observou-se resultados estatisticamente significativos em relação à depressão.

A partir de uma análise funcional do comportamento dos participantes do grupo, observou-se que as classes de respostas relacionadas à depressão eram mantidas principalmente por reforço negativo, na medida em que ao se queixar de sentimentos de tristeza, indisposição e desânimo os participantes não precisavam se engajar em atividades que consideravam aversivas e eram poupados de conflitos nos relacionamentos interpessoais (Fester, 1973). Dessa forma, quando os participantes passaram a apresentar comportamentos alternativos, aceitando convites para sair, participando de atividades que antes não realizavam (mesmo sentindo tristeza, angústia ou desânimo) acessaram reforços positivos naturais, bem como arbitrários. As pessoas que conviviam com esses participantes passaram a elogiar a mudança, convidar com maior frequência para as atividades, passar mais tempo de qualidade juntos. Tais consequências provavelmente facilitaram a manutenção dos comportamentos de melhora, repercutindo na qualidade de vida e redução no escore de depressão.

Diferentemente, os comportamentos relacionados à mania e à hipomania parecem ser mantidos, a princípio, por reforço positivo, uma vez que o indivíduo é capaz de realizar várias atividades ao mesmo tempo, sente-se disposto e seguro para se engajar em diversas tarefas, tende a ter ideias inovadoras que podem auxiliar na resolução de problemas, geralmente é elogiado por seu desempenho e produtividade. As consequências aversivas costumam ser disponibilizadas a longo prazo, quando se percebe que não foi capaz de executar o

planejamento estabelecido até o final, perde-se o contato ou há o distanciamento de pessoas importantes, tem prejuízos financeiros, entre outras. Desse modo, notou-se que os participantes do grupo que apresentavam escores mais altos para mania, apresentavam menos consciência acerca do impacto do próprio comportamento para os demais e demonstravam menos engajamento em comportamentos alternativos, na medida em que esses pareciam representar uma redução em consequências imediatas agradáveis.

Tanto no grupo de intervenção realizado, quanto na aplicação do programa de Machado (2015) notou-se que embora a intervenção pautada na ACT não objetivasse o controle ou redução dos sentimentos de tristeza ou euforia, ao expor o indivíduo às contingências, em detrimento do que está sentindo ou pensando, aumentou-se a probabilidade de acesso a reforçadores e à vivência de sentimentos considerados agradáveis (a curto e/ou a longo prazo), o que pode estar relacionado à diminuição dos sintomas, à melhora dos relacionamentos interpessoais e da qualidade de vida. Nesse sentido, na presente pesquisa obteve-se diferença estatisticamente significativa no domínio psicológico do WHOQOL-*bref*, aspecto relacionado aos pilares da ACT e que, portanto, representou um dos focos da intervenção.

Ainda no que tange à qualidade de vida, destaca-se que no domínio físico, Machado (2015) observou melhora em duas participantes e estabilidade na terceira, enquanto Mussi (2012), assim como no grupo realizado, também obteve diferença estatística entre o pré e o pós-teste. Uma das hipóteses que pode ser levantada acerca desses dados refere-se ao fato de que as dimensões avaliadas nesse domínio parecem relacionar-se a mudanças de comportamento que estão mais diretamente sobre o controle dos participantes.

Por outro lado, a maior parte das dimensões avaliadas no domínio meio ambiente diz respeito a mudanças em condições físicas ambientais, o que possivelmente demandaria um tempo maior para serem produzidas ou não estariam sobre o controle direto dos indivíduos.

Segue nessa mesma direção o domínio relações sociais, uma vez que a mesma está relacionada a comportamentos de outras pessoas. Apesar dessa ressalva, todos melhoraram na dimensão específica relacionamentos interpessoais, a qual foi abordada ao longo da intervenção a partir do uso da FAP, enfatizando a modelagem de comportamentos pró-sociais na interação entre os próprios participantes.

Outro ponto que merece atenção diz respeito às características de cada grupo. Nas intervenções de Mussi (2012) e Machado (2015) a maioria dos participantes apresentavam escores mais altos para depressão e na presente pesquisa os escores mais elevados foram identificados na escala de mania/hipomania. Dessa forma, salienta-se que embora diversos programas de intervenção psicológica tenham sido direcionados para a população com TB existem particularidades a serem consideradas. O diagnóstico, de fato, não representa o indivíduo em sua totalidade, muito menos impossibilita o caráter idiossincrático do grupo. A perspectiva analítico-comportamental ao privilegiar a análise funcional como instrumento de tomada de decisões deve, portanto, adaptar a intervenção previamente programada de acordo com a história e o comportamentos-alvo de cada participante.

Considerações finais

A avaliação quantitativa e qualitativa demonstrou que a intervenção delineada promoveu melhora em aspectos relativos à qualidade de vida e redução na intensidade e frequência de alguns dos comportamentos característicos dos episódios de mania, hipomania e depressão. De modo geral, tanto Mussi (2012), quanto Machado (2015) demonstraram resultados semelhantes, indicando que a intervenção analítico-comportamental pode oferecer contribuições diante de demandas relacionadas ao TB. Tal programa, portanto, representa

mais uma alternativa para a prática do psicólogo clínico, o qual pode se apropriar dos resultados provenientes da pesquisa para a atuação em contexto aplicado.

Vale acrescentar que a produção de mais evidências acerca da utilidade e validade da Análise do Comportamento nesse campo continua necessária. Apesar das vantagens de se utilizar como recurso de avaliação a análise molecular de um grupo com poucos membros, sugere-se que próximas pesquisas adotem um número maior de participantes, bem como incluam grupo controle e realizem mais sessões de entrevistas de *follow-up*, a fim de acompanhar os resultados obtidos por um período maior de tempo. No entanto, indica-se que pesquisador estabeleça estratégias específicas que favoreçam o retorno dos participantes para as etapas de seguimento, tendo em vista a baixa adesão após o encerramento do grupo.

Além disso, a ampliação desse tipo de intervenção para serviços públicos de saúde também se faz relevante, na medida em que demanda baixo custo e pode favorecer a melhora na qualidade de vida e a prevenção de recaídas dos episódios de TB. Nessa direção, ressalta-se a importância da avaliação contínua dos participantes, de modo que o atendimento seja adaptado de acordo com as particularidades do grupo.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (5a. ed., M. I. C. Nascimento et al., Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Boas, D. L. O. V.; Banaco, R. A.; Borges, N. B. (2012) Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: Borges, N. B. & Cassas, F. A. (Orgs.) *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 95-101). Porto Alegre, Artmed.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and experimental avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl III), 47-50.
- Costa, R. S.; Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (no prelo). Estrutura das sessões de uma intervenção analítico-comportamental em grupo para pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar. *Acta Comportamental*.
- Del Porto, J. A. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In: *Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos*. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 93-100.
- Fester, C.B. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, 28,857-870.

- Fleck, M. P. A, Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Gomes, B.C. (2010). *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zuardi, Antonio, W. (2000). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1ª edição. São Paulo: Lemos Editorial.
- Harris, R. (2011). *Liberte-se: Evitando as armadilhas da procura da felicidade*. Rio de Janeiro: Agir.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. (Original publicado em 1999).
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional* (F. Conte, M. Delliti, M. Z. Brandão, P. R. Derdyk, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco, R. Starling, Trads.). Santo André, SP: Esetec (Original publicado em 1991).
- Machado, D. E. S. (2015). *Avaliação de um programa baseado na terapia de aceitação e compromisso em grupo de pacientes com transtorno afetivo-bipolar* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Matta, S. M. (2012) *Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com transtorno afetivo bipolar*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Mussi, S. V. (2012). *Transtorno bipolar: Adesão ao tratamento e psicoeducação* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

- Mussi, S. V., Soares, M. R. Z., & Grossi, R. (2013). Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o enfoque da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 45-63.
- Oliveira, R. L. (2011) *Estudo comparativo da adição da terapia cognitivo comportamental e da psicoeducação ao tratamento padrão do transtorno bipolar em idosos*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pellegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Soares, M. R. Z. & Mussi, S. V. (2013) *Tratamento analítico-comportamental do transtorno afetivo bipolar*. São Paulo: Zagodoni.
- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. (Nero, A. L. Trad.). Campinas: Papyrus. (Original publicado em 1989).
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment. *Psychol Med.* 28, 551-558.

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO (MUSSI, 2012)

1. Idade (em anos): _____
2. Gênero: 1. Masculino 2. Feminino
3. Situação conjugal:

1. Solteiro	3. Separado/Divorciado
2. União Estável	4. Viúvo
4. Anos de estudo: _____
5. Nível de Escolaridade:

1. Analfabeto	6. Médio Completo
2. Alfabetizado	7. Superior Incompleto
3. Fundamental Incompleto	8. Superior Completo
4. Fundamental Completo	9. Pós-graduação latu-sensu
5. Médio Incompleto	10. Pós-graduação stricto-sensu.
6. Reside:

1. Sozinho	4. Familiares
2. Parceiro	5. Asilo
3. Parceiro e filhos	6. Outros _____
7. Renda familiar mensal:

1. Até R\$540	4. R\$1620 – R\$ 2160
2. R\$540 – R\$1080	5. Mais de R\$2160
3. R\$1080 – R\$1620	
8. Quantos tipos de remédio você toma? _____
9. Quais os nomes das medicações? _____
10. Você já tentou suicídio? 1. Sim 2. Não
11. Quantas vezes _____
12. Métodos de tentativa de suicídio:
 1. Ingestão de medicamentos
 2. Arma de fogo
 3. Ingestão de organofosforado
 4. Precipitar-se de carro em movimento
 5. Enforcamento
 6. Precipitar-se de alturas
 7. Arma branca
 8. Gás
 9. Outros _____
13. Já estive internado por motivos psiquiátricos? 1. Sim 2. Não
14. Se sim, quantas vezes?
15. Com que idade surgiu o transtorno?

ANEXO B: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO HAMILTON

Guia de entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão HAMILTON (Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – SIGH-D).

Introdução: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido nesta última semana? Você tem trabalhado? SE NÃO: Por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (a palavra usada pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados apenas ao ser inquirido

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro

4- sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente

Se pontuou de 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos? Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente?

SENTIMENTOS DE CULPA:

0- Ausente

1- Auto recriminação; sente que decepcionou os outros

2- Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações

3- A doença atual é um castigo. *Delírio de culpa*

4- Ouve vozes de acusação ou denúncia elou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? Ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

SUICÍDIO:

0- Ausente

1- Sente que a vida não vale a pena

2- Deseja estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte

3- Ideias ou gestos suicidas

4- Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

INSÔNIA INICIAL:

0- Sem dificuldade para conciliar o sono

1- Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora

2- Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5. Durante esta última semana, você tem acordado no meio da noite? SE SIM: você sai da cama? O que você faz? (Somente vai ao banheiro?) Quando você volta para a cama, você volta a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0- Sem dificuldade

1- O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

2- Acorda à noite - qualquer salda da cama marcar 2 (exceto para urinar)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acorda (ou seja, antes de ficar deprimido)?

INSÔNIA TARDIA:

0- Sem dificuldade

1- Acorda de madrugada mas volta a dormir

2- Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (estas atividades) ou você tem que se esforçar? Você parou de fazer atividades que costumava fazer? (SE SIM: Por que? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?). No seguimento: Seu interesse voltou ao normal?

TRABALHO E ATIVIDADES:

0- Sem dificuldades

1- Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionado a atividades: trabalho ou passatempos

2- Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho), quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividade)

3- Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital marcar se o paciente passar ao menos 3 horas ao dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos)

4- Parou de trabalhar devido à doença atual no hospital marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

RETARDO (Identificação do pensamento e fala. Dificuldade de concentração. Diminuição da atividade motora):

0- Pensamento e fala normais

1- Leve retardo à entrevista

2- Retardo óbvio à entrevista

3- Entrevista difícil

4- Estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista.

AGITAÇÃO:

0- Nenhuma

- 1- Inquietude
- 2- Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
- 3- Mexe-se, não consegue sentar quieto
- 4- Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes, com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como o que, por exemplo?

ANSIEDADE PSÍQUICA:

- 0- Sem dificuldade
- 1- Tensão e irritabilidade subjetivas
- 2- Preocupação com trivialidades
- 3- Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4- Medos expressos sem serem inquiridos

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos? Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta. O quanto estes sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos eles foram? Quanto tempo ou com que frequência você os teve? Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

ANSIEDADE SOMÁTICA:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, tais como: *Gastrintestinais*: Boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações. *Cardiovasculares*: palpitações, cefaleias. *Respiratórios*: hiperventilação, suspiros. Frequência urinária. Sudorese

- 0- Ausente
- 1- Leve
- 2- Moderada
- 3- Grave
- 4- Incapacitante

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?) Você tem tido que se esforçar a comer? As outras pessoas têm que insistir para você comer?

SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS:

- 0- Nenhum
- 1- Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome
- 2- Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana? Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem se sentido um peso nos membros, costas ou cabeça?

SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL:

- 0- Nenhum
- 1- Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço

2- Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2

14. Como tem estado seu interesse em sexo nesta semana? (Não estou lhe perguntando sobre *performance*, mas sobre seu interesse por sexo - o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não, isso é pouco habitual para você?

SINTOMAS GENITAIS (Sintomas como perda de libido, distúrbios menstruais):

0- Ausentes

1- Leves

2- Intensos

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual?) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? Se sim: Como o que, por exemplo? Com que frequência isto tem ocorrido?

HIPOCONDRIA:

0- Ausente

1- Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2- Preocupação com a saúde

3- Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.

4- Ideias delirantes hipocondríacas

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? Se sim: Quanto? Se incerto: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: Você voltou a ganhar algum peso?

PERDA DE PESO:

0- Sem perda de peso ou com perda de peso NÃO causada pela doença atual

1- Perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo.

2- Perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

CRÍTICA:

0- Reconhece que está deprimido e doente

1- Reconhece a doença mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2- Nega estar doente

ANEXO C: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MANIA YOUNG

Young Mania Rating Scale (YMRS) / Entrevista, Tradução, adaptação, modificação e elaboração de catálogo de definições de sintomas com roteiro de entrevista semiestruturada por Vilela e Loureiro (2000)

Guia para avaliação dos itens - a proposta de cada item é avaliar a gravidade da anormalidade no paciente. Quando vários sintomas são fornecidos para um grau específico de gravidade, a presença de apenas um dos sintomas é suficiente para a pontuação. Os sintomas são fornecidos como guias. Pode-se ignorá-los se isso for necessário para indicar gravidade, embora isso deva ser a exceção e não a regra. Pontuação entre os escores fornecidos (ponto inteiro ou meio ponto) é possível e incentivada após aquisição de experiência com a escala, isso é particularmente útil quando a gravidade de um item específico em um paciente não segue a sequência indicada pelos sintomas.

1. HUMOR EXPANSIVO/ ELEVADO:

Como tem estado seu humor nesta última semana? Você tem se sentido mais alegre, otimista ou autoconfiante? Há razão para se sentir assim? É mais do que seu habitual? Você tem estado tão alegre, que as outras pessoas acham que você não está no seu normal? Houve algum momento em que você riu de coisas que normalmente não te deixariam alegre? Sentiu-se mais brincalhão/brincalhona? Fez brincadeiras que as pessoas acharam de mau gosto?

0- Ausente

1- Leve ou possivelmente elevado quando questionado

2- Elevação subjetiva bem definida; otimista, autoconfiante; alegre; apropriado ao conteúdo

3- Elevado, inapropriado ao contexto: jocoso

4- Eufórico: riso inapropriado; cantando

2. AUMENTO DA ENERGIA E ATIVIDADE MOTORA:

Como tem estado sua energia nesta última semana? Você teve momentos em que se sentiu com energia em excesso? Sentiu-se inquieto (a) ou agitado (a)? Você tem estado mais ativo (a) que o usual? Sente vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo?

0- Ausente

1- Aumento subjetivo

2- Animado: aumento de gesticulação

3- Energia excessiva; às vezes hiperativo: inquieto/impaciente (pode ser acalmado)

4- Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

3. INTERESSE SEXUAL:

Você tem estado muito paquerador (a), feito piadas sobre sexo? Você tem sentido mais interesse ou desejo sexual do que o habitual? Tem estado mais ativo (a) sexualmente do que o habitual? Tem tido algum tipo de comportamento sexual que não era habitual antes? Alguém reclamou do seu comportamento sexual na última semana?

0- Normal; sem aumento

1- Leve ou possivelmente aumentado

- 2- Aumento subjetivo bem definido quando questionado
- 3- Conteúdo sexual espontâneo; discorre sobre assuntos sexuais; hipersexualizado segundo auto relato
- 4- Atos sexuais evidentes (direcionados a pacientes, equipe ou entrevistador)

4. SONO:

Quantas horas por noite você tem dormido? Quantas horas a menos tem dormido que o habitual? Mesmo assim você se sente descansado (a) e bem-disposto (a)?

- 0- Não relata diminuição do sono
- 1- Dorme menos do que o habitual (até uma hora a menos)
- 2- Dorme menos do que o habitual (por uma hora ou mais)
- 3- Relata diminuição da necessidade de sono
- 4- Nega necessidade de sono

5. IRRITABILIDADE:

Aconteceu algo que tenha feito você se sentir irritado (a) nesta última semana? Se sim, isto te irritou mais que o usual? Como você demonstrou sua raiva? Discutiu, agrediu alguém ou quebrou objetos? Se não, mesmo sem ter acontecido algo, você tem se sentido mais irritado?

- 0- Ausente
- 1- Aumento subjetivo
- 2- Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermaria
- 3 - Frequentemente irritável durante a entrevista
- 4 - Hostil, não cooperativo; entrevista impossível

6. DISCURSO (VELOCIDADE E QUANTIDADE):

Na última semana, você tem estado mais falante que seu normal? As pessoas comentam que você está tagarela? Elas demonstram dificuldade em acompanhar o que você fala ou se queixam de que você não as deixa falar? Uma vez que você começa a falar, tem tido dificuldade em parar?

- 0- Sem aumento
- 1- Sente-se mais falante
- 2- Aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos
- 3- Aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper
- 4- Pressão de discurso, ininterrompível, discurso contínuo.

7. DISTÚRPIO DE LINGUAGEM-PENSAMENTO:

Na última semana, você notou que seus pensamentos estão mais rápidos do que o habitual? Seu raciocínio tem estado especialmente claro ou aguçado? Acontece de você se distrair facilmente, passando rapidamente de um pensamento a outro perdendo o fio da meada?

0- Ausente

1- Circunstancial; leve distraibilidade; pensamentos rápidos

2- Distraído; perde intenção do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos acelerados

3- Fuga de ideias; tangencialidade; difícil para acompanhar; rimando, ecolalia

4- Incoerente; comunicação impossível

8. CONTEÚDO:

Nesta última semana, você tem tido novas ideias ou projetos para a sua vida (Quais)? Você tem se sentido com algum talento ou habilidade especial? Você teve alguma experiência religiosa incomum? Você tem tido ideias ou pensamentos que não fazem sentido para as outras pessoas? Você tem percebido coisas ou coincidências que as pessoas não percebem? Tem tido sensações de que estão falando de você ou tentando te prejudicar?

0- Normal

1- Planos questionáveis, novos interesses

2- Projetos especiais, hiper-religioso

3- Ideias grandiosas ou paranoides; ideias de referência

4- Delírios; alucinações

9. COMPORTAMENTO DISRUPTIVO-AGRESSIVO:

Como você tem se relacionado com as pessoas nesta última semana? Às vezes você fala alto, reclama ou se torna sarcástico (a) com as pessoas? Você brigou com alguém ou quebrou coisas na última semana?

0- Ausente, cooperativo

1- Sarcástico; fala alto às vezes, vigilante

2- Querelante; faz ameaças na enfermaria

3- Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil.

4- Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

10. APARÊNCIA:

O quanto cuidou de sua aparência nesta última semana? Alguém achou você malvestido (a) ou arrumado (a) demais? Você escolheu roupas com cores que não está habituado a usar? Usou mais acessórios ou maquiagem do que de costume?

0- Traje e cuidados pessoais apropriados

1- Um pouco descuidado

2- Desleixado, moderadamente desalinhado, trajes exagerados.

3- Desalinhado, parcialmente trajado, maquiagem extravagante

4- Completamente descuidado, enfeitado, vestes bizarras

11. INSIGHT:

Analisando a última semana, você acha que seu comportamento (jeito de agir) tem estado diferente do seu habitual? Estas coisas aconteceram porque você estava eufórico (a)? Como você interpreta o fato de _____ (exemplificar com possíveis sintomas apresentados)? Você acha que precisa de tratamento?

0- Presente; admite doença; concorda com necessidade de tratamento

1- Possivelmente doente

2-Admite mudanças de comportamento, mas nega doença

3-Admite possível mudança de comportamento, mas nega doença

4-Nega qualquer mudança de comportamento

ANEXO D: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-*brief***Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeit	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeit
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E: QUESTIONÁRIO ADAPTADO ACT*

A seguir há uma lista com afirmações. Avalie o quão verdadeira cada afirmação é para você, circulando um número de 1 a 5. Use como referência a escala a seguir.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro	Pouco verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	Muito verdadeiro

1. Tenho medo dos meus sentimentos, pensamentos e lembranças.

| 1 2 3 4 5|

2. Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos, pensamentos e lembranças.

| 1 2 3 4 5|

3. Meus sentimentos, pensamentos e lembranças causam problemas em minha vida.

| 1 2 3 4 5|

4. Sentimentos, pensamentos ou memórias dolorosas me impedem de viver a vida que eu gostaria.

| 1 2 3 4 5|

5. Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito.

| 1 2 3 4 5|

*Versão original “*The Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-2*”

Tradução e Adaptação: Machado (2016)

ANEXO F: QUADRO CURTO E LONGO PRAZO (TERCEIRA SESSÃO)**

Pensamento ou sentimento doloroso	O que faço para lidar com ele?	Funciona a curto prazo? (<i>Há alívio imediato?</i>)	Funciona a longo prazo? (<i>Conseguo me livrar disso de uma vez por todas?</i>)

** Recurso derivado dos trabalhos de Hayes e Smith (2005) com versão traduzida, adaptada e aplicada em grupos desenvolvidos por Chagas, Guilherme e Moriyama (2011), Saban (2013) e Machado (2015)

APÊNDICES

APÊNDICE A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

“INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO BASEADA EM TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E PSICOEDUCAÇÃO PARA PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “Intervenção Analítico-Comportamental em Grupo baseada em Terapia de Aceitação e Compromisso e Psicoeducação para pessoas diagnosticadas com Transtorno Afetivo Bipolar”, a ser realizada na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é elaborar, aplicar e avaliar um programa de intervenção em grupo envolvendo Terapia de Aceitação e Compromisso e Psicoeducação voltado para a população diagnosticada com Transtorno Afetivo Bipolar.

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: resposta a questionários de avaliação ao longo do processo de seleção e intervenção; participação no grupo e em eventuais atendimentos individuais. As sessões serão gravadas em áudio e vídeo, por meio de filmadoras e gravadores digitais. Além disso, serão assistidas na sala de espelho pelos demais membros da equipe de pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Desse modo, os registros gravados em áudio e vídeo serão arquivados adequadamente em local seguro.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: redução dos sintomas nas fases maníacas e depressivas do transtorno; aumento na capacidade de lidar com tais sintomas, bem como com os pensamentos e sentimentos; maior conhecimento acerca do Transtorno Afetivo Bipolar e melhora na qualidade de vida. Melhora na capacidade de lidar com sintomas dos episódios maníacos e depressivos do transtorno, bem como com os pensamentos e sentimentos; maior conhecimento acerca do Transtorno Afetivo Bipolar e melhora na qualidade de vida.

Quanto aos riscos, a presente pesquisa não oferece riscos físicos, bem como se compromete a realizar os devidos encaminhamentos caso o participante apresente alguma dificuldade em nível psicológico.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Roberta Seles da Costa, (43) 96218457, seles.roberta@gmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2015

Pesquisador Responsável

Roberta Seles da Costa

RG: 48.477.589-3

(NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____
Data: _____

APÊNDICE B:QUESTIONÁRIO ACT EXTRAÍDO DE HARRIS (2011) - VERSÃO
ADAPTADA PELA AUTORA***

Este questionário foi adaptado de testes semelhantes, elaborados por Steven Hayes, Frank Bond, Russ Harris, entre outros. Quando a expressão “pensamentos e sentimentos negativos” é utilizada, ela se refere a uma gama de sentimentos dolorosos (raiva, depressão e ansiedade) e pensamentos dolorosos (recordações difíceis, imagens perturbadoras e autoavaliações exigentes). Para cada par de afirmativas, escolha aquela que mais se ajusta à sua forma de sentir. A alternativa que escolher não precisa ser sempre 100% verdadeira para você; apenas escolha a resposta que lhe parecer mais representativa de suas atitudes em geral.

1. **a)** Preciso saber controlar bem meus sentimentos para ser bem-sucedido.
 b) Não preciso saber controlar bem meus sentimentos para ser bem-sucedido.

2. **a)** A ansiedade é ruim.
 b) A ansiedade não é boa nem ruim. É só um sentimento desagradável.

3. **a)** Pensamentos e sentimentos negativos não me farão mal mesmo se causarem mal-estar.
 b) Pensamentos e sentimentos negativos me farão mal se eu não os controlar ou me livrar deles.

4. **a)** Tenho medo de alguns de meus sentimentos mais fortes.
 b) Nenhum sentimento me dá medo, seja forte ou não.

5. **a)** Posso realizar algo importante mesmo tendo dúvidas.
 b) Para realizar algo importante, preciso eliminar toda e qualquer dúvida.

6. **a)** Tentar reduzir ou eliminar pensamentos e sentimentos negativos em geral traz problemas. Se eu simplesmente permitir que aconteçam, eles serão parte natural da vida.
 b) Quando surgem pensamentos e sentimentos negativos, é importante reduzi-los ou livrar-se deles o mais rápido possível.

7. **a)** A análise dos problemas é o melhor para administrá-los; em seguida deve-se usar seu resultado para livrar-se deles.
 b) O melhor método para administrar pensamentos e sentimentos negativos é reconhecer sua existência e deixar que aconteçam, sem analisa-los ou julgá-los.

8. **a)** Vou me sentir “feliz” e “saudável” permitindo que os pensamentos e sentimentos negativos tenham livre trânsito e aprendendo a viver bem com eles.
 b) Vou me sentir “feliz” e “saudável” se melhorar minha capacidade de evitar, reduzir ou me livrar de pensamentos e sentimentos negativos.

9. **a)** Não conseguir eliminar ou me livrar de uma reação emocional negativa é sinal de falha ou fraqueza pessoal.
 b) A necessidade de controlar ou me livrar de uma reação emocional negativa é um problema em si.

10. **a)** Ter pensamentos e sentimentos negativos é indicativo de que não sou psicologicamente saudável ou de que tenho problemas.
 b) Ter pensamentos e sentimentos negativos significa que sou um ser humano normal.

11. a) Aqueles que têm controle sobre suas vidas podem, em geral, controlar como se sentem.
b) Aqueles que têm controle sobre suas vidas não precisam controlar seus sentimentos.
12. a) Não gosto da ansiedade, mas não há nada de errado em senti-la.
b) Não é bom sentir ansiedade e tento evitá-la.
13. a) Pensamentos e sentimentos negativos são sinais de que há algo errado.
b) Pensamentos e sentimentos negativos são parte inevitável da vida de qualquer um.
14. a) Posso realizar algo importante ou desafiador mesmo ansioso ou deprimido.
b) Tenho de me sentir bem para realizar algo importante e desafiador.
15. a) Não tento eliminar pensamentos e sentimentos que me desagradam. Deixo que transitem livremente.
b) Tento eliminar pensamentos e sentimentos negativos que me desagradam evitando pensar sobre eles.
16. a) Vivencio mais o momento presente do que fico remoendo o passado ou esperando o futuro.
b) Percebo que passo a maior parte do tempo pensando sobre o que já aconteceu em minha vida ou no que poderá acontecer.
17. a) Para mim é difícil identificar o que estou sentindo agora.
b) Identifico o que estou sentindo agora com facilidade.
18. a) Posso descrever as sensações que estou experienciando agora em cada parte do meu corpo.
b) As sensações que estou experienciando agora não estão claras para mim.
19. a) Sei o que quero para a minha vida e o que preciso fazer para alcançar meus objetivos.
b) Não saberia descrever quais são os meus valores e objetivos de vida.
20. a) Estou satisfeito com minhas ações e acredito que não preciso mudá-las para atingir meus objetivos.
b) Acredito que só poderei atingir meus objetivos se mudar o modo como estou agindo.

*** Os itens 16, 17, 18, 19 e 20 foram acrescentados pela autora, enquanto os demais tiveram a ordem das alternativas invertidas e algumas alterações na redação para facilitar a compreensão do participante.

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

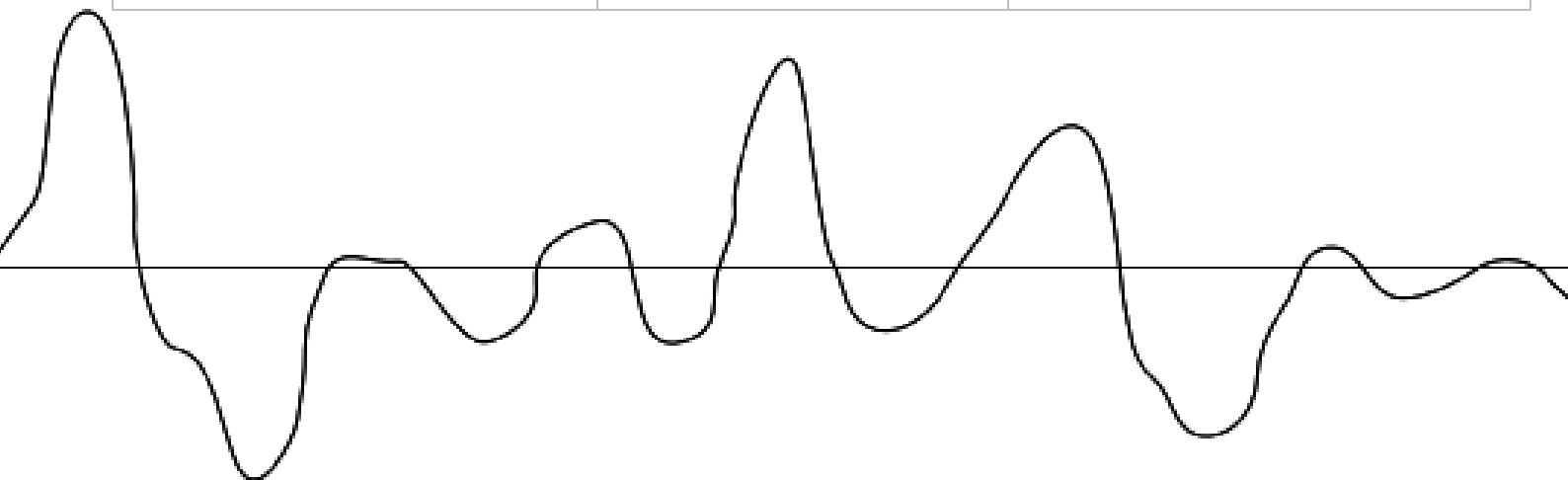
Sessão: __ Data: __/__/__

	Bom	Ruim	Indiferente
1. Tempo de sessão (1h 30)			
2. Participação de dois terapeutas			
3. Presença da psiquiatra			
4. Presença de observadores na sala de espelho			
5. Gravação da sessão			
6. Atividade realizada na sessão			
7. Tarefa para ser feita na semana			
Comentários:			

APÊNDICE D:

LISTA DE SINTOMAS E GRÁFICO DE HUMOR (SEGUNDA SESSÃO)

Humor elevado ou expansivo	Pensamentos acelerados	Desesperança
Pensamento recorrente de morte	Autoestima inflada ou grandiosidade	Perda de interesse ou prazer em atividades
Aumento do interesse sexual	Tristeza	Fadiga
Mais falante que o habitual	Agitação motora	Irritabilidade
Sentimento de culpa excessiva	Redução da necessidade de sono	Elaboração de projetos exuberantes
Humor deprimido	Diminuição do apetite	Insônia
Diminuição da atividade motora	Envolvimento em atividades de risco	Lentificação do pensamento e da fala
Aumento do apetite	Redução do interesse sexual	Perda de energia
Sentimento de inutilidade	Dificuldade de concentração	Impulsividade
Aumento da energia e disposição	Dorme mais que o habitual	Engajamento excessivo em atividades



Humor elevado ou expansivo	Pensamentos acelerados	Desesperança
Pensamento recorrente de morte	Autoestima inflada ou grandiosidade	Perda de interesse ou prazer em atividades
Aumento do interesse sexual	Tristeza	Fadiga
Mais falante que o habitual	Agitação motora	Irritabilidade
Sentimento de culpa excessiva	Redução da necessidade de sono	Elaboração de projetos exuberantes
Humor deprimido	Diminuição do apetite	Insônia
Diminuição da atividade motora	Envolvimento em atividades de risco	Lentificação do pensamento e da fala
Aumento do apetite	Redução do interesse sexual	Perda de energia
Sentimento de inutilidade	Dificuldade de concentração	Impulsividade
Aumento da energia e disposição	Dorme mais que o habitual	Engajamento excessivo em atividades

APÊNDICE E:

“O CONVITE” DE ORIAH MOUNTAIN DREAMER (QUARTA SESSÃO -VERSÃO REDUZIDA E ADAPTADA PELA AUTORA)

Quero saber o que você mais deseja e se ousa sonhar em satisfazer os anseios do seu coração. Quero saber se você correria o risco de parecer tolo por amor, pelo seu sonho, pela aventura de estar vivo.

O que eu quero saber é se você já foi até o fundo de sua própria tristeza, se as traições da vida o enriqueceram ou se você se retraiu e se fechou, com medo de mais dor.

Quero saber se você consegue conviver com a dor, a minha ou a sua, sem tentar escondê-la, disfarçá-la ou remediá-la.

Quero saber se você é capaz de conviver com a alegria, a minha ou a sua, de dançar com total abandono e deixar o êxtase penetrar até a ponta dos seus dedos, sem nos advertir que sejamos cuidadosos, que sejamos realistas, que nos lembremos das limitações da condição humana.

Quero saber se é capaz de desapontar o outro para se manter fiel a si mesmo. Se é capaz de suportar uma acusação de traição e não trair sua própria alma, ou ser infiel e, mesmo assim, ser digno de confiança.

Quero saber se você é capaz de enxergar a beleza no dia-a-dia, ainda que ela não seja bonita, e fazer dela a fonte da sua vida.

Quero saber se você consegue viver com o fracasso, o seu e o meu, e ainda assim pôr-se de pé na beira do lago e gritar para o reflexo prateado da lua cheia: "Sim!"

Quero saber se, após uma noite de tristeza e desespero, exausto e ferido até os ossos, é capaz de fazer o que precisa ser feito.

Quero saber quem é você e como chegou até aqui.

Quero saber o que o sustenta, no seu íntimo, quando tudo mais desmorona.

Quero saber se é capaz de ficar só consigo mesmo e se nos momentos vazios realmente gosta da sua companhia.

Quero saber se vai permanecer no centro do fogo conosco sem recuar.

APÊNDICE F:

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Nome do participante: _____ Data: __/__/__

Entrevistador (a): _____

1. Dados cadastrais:

Data de nascimento: __/__/__

Endereço:

Telefone fixo:

Celular:

Disponibilidade de horários:

2. Dados da vida atual

Descrição do contexto familiar

Descrição do contexto afetivo/relacionamento amoroso/vida conjugal

Descrição do contexto profissional (características, dificuldades, rotina do trabalho, satisfação/insatisfação).

Atividades de lazer (atividade física, hobbies, preferências etc).

Descrição da rotina diária.

Objetivos de vida

3. Dados referentes ao Transtorno Afetivo Bipolar

Histórico do diagnóstico de TAB

Investigação de antecedentes, respostas e consequências dos comportamentos considerados sintomas

Identificação de impactos nos relacionamentos interpessoais e em diferentes áreas da vida

Comportamentos privados relacionados ao TAB

Estratégias para lidar com os pensamentos, lembranças e sentimentos dolorosos

A partir dos sintomas, comportamentos que o indivíduo deixou de emitir

Adesão ao tratamento médico

Expectativas em relação ao grupo de intervenção psicológica