



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DAINON ERIC DE SOUZA MACHADO

**EFEITOS DE UM PROGRAMA BASEADO NA TERAPIA DE
ACEITAÇÃO E COMPROMISSO EM GRUPO PARA
PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO-BIPOLAR**

Londrina
2015

DAINON ERIC DE SOUZA MACHADO

**EFEITOS DE UM PROGRAMA BASEADO NA TERAPIA DE
ACEITAÇÃO E COMPROMISSO EM GRUPO PARA
PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO-BIPOLAR**

Dissertação final apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de Pós
Graduação em Análise do Comportamento –
Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares.

Londrina
2015

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M149e Machado, Dainon Eric de Souza.

Efeitos de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em um grupo para pacientes com transtorno afetivo-bipolar / Dainon Eric de Souza Machado. – Londrina, 2015.
104 f. : il.

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, 2015.

Inclui bibliografia.

1. Transtorno bipolar – Teses. 2. Intervenção (Psicologia) – Teses. 3. Análise do comportamento – Teses. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 616.895.3

DAINON ERIC DE SOUZA MACHADO

**EFEITOS DE UM PROGRAMA BASEADO NA TERAPIA DE
ACEITAÇÃO E COMPROMISSO EM GRUPO PARA PACIENTES
COM TRANSTORNO AFETIVO-BIPOLAR**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre no Programa de Pós
Graduação em Análise do Comportamento,
Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Prof. Dr. Alex Eduardo Gallo
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 18 de Setembro de 2015.

Dedico

Ao meu pai Jairo,
por todos os momentos que compartilhamos.

Ao meu avô Adolfo,
o afeto e cumplicidade ainda vivem.

À Alberto e Francisco,
por suas mensagens e grande coração.

À minha avó Galdina,
pelo cuidado e atenção.

À minha mãe Rosilene,
meu modelo maior de amor, vida e renascimento.

Por me ensinar a continuar.

Agradeco

Ao meu tio Machado, minhas tias Eliane e Rosa e aos meus primos e primas, que tenho como irmãos-- Felipe, Isabela, Natália e Mariana.

Aos meus padrinhos, Mitsuro e Myrna, que estiveram presentes em momentos de alegria e sofrimento. Vocês são muito especiais.

Aos amigos Iury Florindo e André Barbosa, pelas conversas, certezas e incertezas compartilhadas. Vocês fazem dessa uma palavra valiosa.

Ao ano de 2008 e as pessoas que ele me trouxe-- Guilherme Ponce e Carla Hayashi. Vocês sempre estão presentes.

Ao ano de 2013— Iza, Vitor, Val, Yhann e VH.

Vocês tornaram esses dois anos mais leves.

Ao meu irmão Jairo.

À amiga Alessandra Gromowski.

Ao Allan, pela amizade e boas conversas.

Aos amigos do BDJ – Neto, Everton, Rafael, Allysson, Filipe, Durê, Matheus e todo o pessoal.

À Zilah Brandão, modelo de pessoa e profissional que admiro.

À Cássia Araújo e Francisco Heitor, por me acolherem em suas vidas e acreditarem em mim.

À equipe que fez essa pesquisa possível – Roberta, Deivid e Maísa. Obrigado por todo o cuidado e investimento pessoal.

À Renata Grossi, por ter participado do grupo e ajudado a resolver questões que não pareciam ter solução. Muito obrigado.

À orientadora Maria Rita, que aceitou de braços abertos o desafio. Por ser paciente, compreensiva e aberta a novas ideias. Obrigado por ter me dado o espaço necessário para desenvolver esse trabalho.

Às “mulheres-meninas” que participaram desse estudo. Agradeço por compartilharem conosco suas experiências. Aprendi muito com vocês e digo que não poderia ter sido melhor. Ao CAPES e CNPq pelo apoio financeiro necessário para desenvolver essa pesquisa.

Agradecimento especial

À minha namorada e companheira, Carolina.

Por ter sido a certeza em tempos incertos e me apoiado incondicionalmente.

Por fazer questão de estar sempre por perto.

E me fazer enxergar que tinha a força necessária.

Não conseguiria sem você.

Muito Obrigado.

MACHADO, Dainon Eric de Souza. **Efeitos de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para pacientes com Transtorno Afetivo-Bipolar.** 2015. 104f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição crônica grave, definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão. Tal condição aumenta a probabilidade de complicações relacionadas a aspectos emocionais, físicos e sociais do indivíduo acometido. Devido à gravidade desse transtorno, pesquisas têm focado na identificação e desenvolvimento de intervenções psicológicas que resultem em melhores índices de eficácia terapêutica. Dentre elas está a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que almeja incidir sobre repertório da flexibilidade psicológica por meio de técnicas de atenção plena (*Mindfulness*) e metáforas. O objetivo do presente estudo foi avaliar uma intervenção baseada na ACT quanto a seus resultados sobre repertório de flexibilidade psicológica, sintomas de mania, hipomania e depressão e na qualidade de vida. Participaram do estudo 3 (três) participantes do sexo feminino, diagnosticadas com transtorno afetivo-bipolar. A intervenção foi realizada em grupo, composto por 5 (cinco) sessões, dispostas ao longo de dois meses, em uma sala da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. Os resultados qualitativos foram obtidos por meio de filmagem e gravação em áudio do comportamento das participantes nas sessões. Outros dados foram obtidos pela aplicação dos instrumentos: Escala de Hamilton– HDRS; Escala de Mania Young– YMRS e WHOQOL-*bref*, antes e após a intervenção. Os dados qualitativos foram analisados sob a perspectiva da flexibilidade psicológica enquanto indicativo de melhora terapêutica, e tratados de acordo com literatura da ACT. Os resultados indicaram que a intervenção incidiu sobre aspectos da flexibilidade psicológica que podem indicar melhora. São eles: maior aceitação de eventos encobertos aversivos, menor fusão com conteúdos cognitivos e identificação de objetivos pautados em valores. De acordo com os instrumentos, as três participantes apresentaram melhora nos sintomas de mania, hipomania e depressão. Houve também melhora nos domínios físico e de relações pessoais do inventário de qualidade de vida. Os resultados obtidos foram condizentes com a literatura. Dessa forma, concluiu-se que a ACT é um modelo de intervenção psicológica que pode ser utilizada para obter melhora no repertório comportamental de pacientes diagnosticados com transtorno afetivo-bipolar quanto aos componentes acima citados. Devido à gravidade do transtorno, novas pesquisas são encorajadas, com intuito de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção efetivas. Limitações metodológicas como a ausência de um grupo controle e não utilização de *follow-up* devem ser consideradas.

Palavras-chave: Transtorno afetivo bipolar. Terapia de aceitação e compromisso. Mindfulness. Atenção plena. Psicoeducação. Intervenção em grupo. Análise do comportamento.

MACHADO, Dainon Eric de Souza. **Effects of a group based on Acceptance and Commitment Therapy for patients with Bipolar Affective Disorder-program.** 2015. 104p. Dissertation (Master degree in Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

Bipolar Affective Disorder is a serious chronic condition, defined by the occurrence of manic, hypomanic and depressive episodes. Such condition raises the probability of emotional, physical and social complications for the individual. Due to the gravity of this disorder, researches have been focusing on psychological interventions that result in better and more effective outcomes. Among them is Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which aims on increasing behavioral repertoire known as psychological flexibility through Mindfulness techniques and metaphors. The present study intends to assess an ACT-based intervention in relation to its outcomes on psychological flexibility, manic, hypomanic and depressive symptoms, and quality of life in 3 (three) female participants diagnosed with bipolar affective disorder. Intervention was group-based, had 5 (five) sessions and was performed in the Psychological Clinic located at the State University of Londrina (UEL). Qualitative results were obtained through audio and video cameras recording the participants' behavior during sessions. They were then analyzed according to the psychological flexibility and ACT literature. Other data were attained via inventories such as: Hamilton Depression Rating Scale– HDRS; Young Mania Rating Scale– YMRS and WHOQOL-Bref applied pre and post intervention. Results indicated that intervention was effective on targeting psychological flexibility, allowing the participants to: better accept aversive private events, defuse from cognitive content and identify values-based life objectives. According to the inventories, participants also improved on manic, hypomanic and depression symptoms. These results were similar to those on the ACT literature. On that account, it was concluded that ACT interventions could be utilized as a therapeutic tool in order to improve behavioral repertoire on patients diagnosed with bipolar affective disorder. Because of the seriousness of this disorder, further research is encouraged in order to develop effective prevention and intervention strategies. Methodological limitations such as the lack of a control group and follow-up must be considered.

Keywords: Bipolar affective disorder. Acceptance and commitment therapy. Mindfulness. Psychoeducation. Group intervention. Behavior analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.-	Resultados da Escala Hamilton para as participantes.....	40
Figura 2 -.	Resultados da Escala YMRS	41
Figura 3 -	Resultados WHOQOL-Bref participante M	42
Figura 4 -	Resultados WHOQOL-Bref participante A	43
Figura 5 -	Resultados WHOQOL-Bref participante D	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Etapas da ACT em relação aos comportamentos-alvo e estratégias.....	26
Quadro 2 -	Descrição de regras elaboradas para o grupo e apresentadas na primeira sessão.....	31
Quadro 3 -	Quadro com os campos onde as participantes preencheram com estratégias para lidar com pensamentos e sentimentos aversivos.....	33
Quadro 4 -	Relatos das participantes sobre eventos encobertos que denotam fusão	50
Quadro 5 -	Relatos da participante M	54
Quadro 6 -	Relatos da participante A	55
Quadro 7 -	Relatos da participante D	56
Quadro 8 -	Item —“Tenho medo dos meus sentimentos do Questionário de Aceitação”.....	59
Quadro 9 -	Item —“Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos”	60
Quadro 10 -	Item —“Meus sentimentos causam problemas em minha vida”	61
Quadro 11 -	Item —“Sentimentos ou memórias dolorosas me impedem de viver a vida que eu gostaria”.....	62
Quadro 12 -	Item —“Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito”.....	65

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Objetivos.....	21
Objetivos Gerais	21
Objetivos Específicos	22
Método	22
Intervenção	23
Resultados e Discussão.....	39
Conclusão e Considerações Finais	66
Referências	69
ANEXOS	74
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXO II - Guia de entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão HAMILTON.....	77
ANEXO III - Young mania rating scale (YMRS) /Entrevista	81
ANEXO IV - WHOQOL-BREF (Questionário desenvolvido pelo Grupo WHOQOL – Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, 1992)	84
ANEXO V - QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO- ACT	89
ANEXO VI - METÁFORA DO POLÍGRAFO.....	90
ANEXO VII - RESPIRAÇÃO CONSCIENTE	92
ANEXO VIII - METÁFORA DO TABULEIRO DE XADREZ.....	93
ANEXO IX - METÁFORA DAS NUVENS.....	95
ANEXO X - INDO À SEU PRÓPRIO FUNERAL – QUAL A MENSAGEM QUE GOSTARIA DE DEIXAR PARA TRÁS?	96
ANEXO XI - Tabela de Valores.....	98
ANEXO XII - Escaneamento corporal (<i>body-scan meditation</i>)	99
ANEXO XIII - Tabela de Valores.....	100
ANEXO XIV - O que é Mindfulness ou Atenção Plena?	101

Introdução

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão. É uma condição episódica, crônica e de curso caracteristicamente variável que usualmente causa prejuízos psicossociais aos indivíduos que acomete. Abrange em sua sintomatologia perturbações do humor acompanhadas de alterações comportamentais e fisiológicas. De acordo com o DSM-IV, o TAB é classificado em Tipo I e Tipo II. No primeiro caso, o transtorno é caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos e, frequentemente, com um ou mais episódios depressivos maiores. No Tipo II a característica essencial é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados de pelo menos um episódio hipomaníaco (American Psychiatric Association, 2000).

Episódios maníacos são tipicamente caracterizados por um estado de humor complexo com rápidas mudanças no comportamento usual do indivíduo. Humor elevado, aumento na quantidade e rapidez da fala, pensamentos mais rápidos, maior energia (com diminuição dos períodos de sono), irritabilidade, paranóia, sexualidade aumentada e impulsividade são exemplos de sintomas que podem indicar um episódio desse tipo (Goodwin & Jamison, 2007).

A hipomania é uma forma atenuada de mania que, por definição, não está associada à psicose ou delírios. É definido como um estado de humor anormal com sintomas de mania que variam de leves a moderados e que podem durar de poucos dias a muitos meses. Os limites desse tipo de sintomatologia é definido vagamente por grande parte da literatura, o que pode tornar difícil a distinção entre comportamento normal e comportamento hipomaníaco. Conseqüentemente, a hipomania pode não ser diagnosticada rapidamente (Colom & Vieta, 2004).

A depressão no quadro bipolar geralmente inclui episódios menores e maiores. O grande marcador desse estado é a perda da habilidade em experimentar prazer em atividades que são geralmente divertidas ou recompensadoras para o indivíduo. Os sinais e sintomas de depressão podem incluir: humor ansioso, tristeza ou sensação de “vazio”; sentimentos de desesperança ou pessimismo; energia diminuída ou sentimento de fadiga; mudanças no apetite ou alteração no peso de forma não programada; pensamentos de morte e suicídio ou tentativas reais. Também podem fazer parte do episódio a lentidão psicomotora, hipersonia e os sintomas de ansiedade (Goodwin & Jamison, 2007).

Devido à gravidade do transtorno e a gama de sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos que interferem no funcionamento dos indivíduos diagnosticados, há muitos anos o tratamento farmacológico tem sido considerado indispensável. No entanto, até mesmo com a medicação, cerca de 73% dos pacientes apresentam recaída dentro de 5 anos (Gitlin et al., 1995). Além disso, piores resultados em relação a recaídas estão associados de forma particular à comorbidades, como transtornos de ansiedade, que estão presentes em aproximadamente 64% dos casos. O abuso de substâncias e o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) estão entre as comorbidades mais comuns e são condições que acentuam o grau de vulnerabilidade psicossocial do paciente (Sasson et al., 2003; Williams et al., 2008). Não obstante, há indicativos de que o risco de suicídio para pacientes com TAB seja de, aproximadamente, 19% e se configura como o maior índice dentre qualquer tipo de transtorno (Goodwin & Jamison, 2007).

Dessa forma, pesquisas e atividades clínicas têm focado na identificação e desenvolvimento de intervenções farmacológicas em combinação com programas de cunho psicossocial, que resultem em melhores índices de eficácia terapêutica para o tratamento e prevenção de recaída (Perlick et al. 2007; Zaretsky et al., 2007; Fountoulakis & Vieta, 2008). Uma das alternativas é a combinação do tratamento farmacológico com intervenção

focada na psicoeducação. Essa modalidade é caracterizada por informar o paciente sobre a etiologia, o tratamento mais indicado, o prognóstico, o reconhecimento de gatilhos para os episódios, etc. (Colom & Vieta, 2004; Pelegrinelli, 2010). A psicoeducação permite que o paciente seja capaz de compreender as diferenças entre as características do TAB e aspectos pessoais e, a partir disso, reconhecer quando é necessária a mudança em seu repertório comportamental (Caminha et al., 2003).

Além da associação entre a intervenção psicoeducacional e medicamentosa, recentemente tem-se proposto o uso de terapias cognitivas-comportamentais e analítico-comportamentais baseadas em *mindfulness* em conjunção com outros tratamentos, dentre eles o farmacológico e o psicoeducacional. Modelos de terapias baseadas em *mindfulness* têm surgido desde o final dos anos 80 (oitenta) e começo dos anos 90 (noventa) como alternativa no tratamento de diversos fenômenos psiquiátricos, psicológicos e da saúde. Podemos citar como exemplo o programa para redução de stress de Kabat-Zinn (1990), denominado *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Trazido pelo autor através de sua vivência com tradições budistas orientais, foi popularizado e adaptado no Ocidente como recurso terapêutico para lidar com condições crônicas. Outro exemplo é o programa intitulado *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Williams et al., 2008; Kenny & Williams, 2007; Perich et al., 2013; Weber et al., 2010), que combina o programa de Kabat-Zinn (1990) com técnicas utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de transtornos de humor e ansiedade. A Terapia Comportamental Dialética (TCD), de Linehan (1987), desenvolvida especificamente para o transtorno de personalidade *borderline*, consiste em outra alternativa. Tais propostas buscam produzir melhoras em condições crônicas, na estabilidade do humor e no tratamento de transtornos psiquiátricos (Kabat-Zinn, 1990; Hayes et al., 1999; Hayes et. al, 2006; Törneke, 2010; Scott & Colom, 2005; Van Dijk, Jeffrey & Katz, 2013).

Um dos objetivos comuns (e centrais) a esses modelos é ensinar habilidades, denominadas genericamente de habilidades *mindfulness* (*mindfulness skills*), que permitem uma visão descentralizada e sem julgamentos acerca de conteúdos cognitivos (e.g. pensamentos disfuncionais, auto-regras pouco flexíveis e ruminação, etc) (Kabat-Zinn, 1990). Tais conteúdos estão correlacionados com pior prognóstico em transtornos psiquiátricos (como depressão, transtorno de personalidade *borderline*, transtorno afetivo-bipolar) e problemas clínicos em geral. Dessa forma, o *mindfulness* tem sido estudado como recurso de melhora terapêutica.

Apesar dessas terapias se utilizarem de princípios comportamentais difundidos na ciência norte-americana, as intervenções são advindas de paradigmas cognitivos que podem não se encaixar conceitualmente com a filosofia da análise do comportamento, o Behaviorismo Radical. Devido a isso, a Terapia de Aceitação e Compromisso ou ACT surge como uma das terapias baseadas em *mindfulness* que se adéqua aos princípios dessa filosofia e pretende intervir sobre problemas clínicos abrangentes.

A ACT pode ser utilizada como um programa completo ou em conjunção com outras terapias analítico-comportamentais, como a Terapia Analítico-Funcional (FAP). Está fundamentada em princípios da análise do comportamento (e.g teoria da aprendizagem), e sua filosofia da ciência, o Contextualismo Funcional, partilha raízes com o Behaviorismo Radical (Vandenberghe, 2011). Dessa forma, a intervenção pode ser guiada primordialmente por meio da análise funcional de classes de comportamento relevantes para a melhora clínica. A análise funcional está preocupada em identificar as relações entre eventos baseados em sua função atual e/ou histórica, de forma a facilitar a modificação e desenvolvimento de novos repertórios que possam gerar consequências mais adaptativas ao indivíduo (Haynes & O'Brien, 1990). Essa é uma das ferramentas mais importantes compartilhadas entre a ACT e outras terapias analítico-comportamentais.

De uma perspectiva operacional, podemos dizer que na ACT, o *mindfulness* é realizado por meio do direcionamento proposital da atenção ao momento presente em que conteúdos privados não são tomados como descrições verdadeiras da realidade. Pensamentos e sentimentos são experienciados em termos subjetivos (não necessariamente verdadeiros ou falsos) e transitórios (ao invés de permanentes) (Bishop et al., 2004). A partir disso, proporciona-se exposição a eventos aversivos e maior flexibilidade psicológica, um dos objetivos centrais dessa terapia. Por meio do *mindfulness*, há transformação das funções de eventos, diminuição da esquiva, ampliação de repertórios comportamentais e maior flexibilidade ao controle por regras (Hayes, 1999).

Além disso, a ACT se utiliza de técnicas para enfraquecer o conteúdo literal da linguagem, exercícios experienciais e metáforas. Dentre os objetivos está a promoção do contato direto com contingências, maior variabilidade comportamental e enfraquecimento do contexto verbal que produz literalidade. Esses processos estão relacionados à flexibilidade psicológica. Trataremos desses princípios com maiores detalhes adiante.

Intervenção Segundo a Terapia de Aceitação e Compromisso

O foco na análise do comportamento tanto do terapeuta quanto do cliente e sua relação mútua de causalidade tem sido parte constituinte da psicologia comportamental desde Skinner (1965). No entanto, o tratamento de eventos privados (e.g pensamentos e sentimentos) como foco da intervenção em si é algo relativamente novo. Isso porque historicamente os relatos verbais de clientes eram, em grande parte, utilizados somente como fonte de informação para modificação de contingências externas à sessão. A partir do final dos anos 80 (oitenta) e começo dos anos 90 (noventa), terapias analítico-comportamentais como a Terapia Analítico-Funcional (FAP) e a ACT focalizavam o comportamento verbal (privado ou público) como fonte de mudanças em si mesmo. Atualmente, essa premissa constitui parte fundamental da grande área chamada Análise

Clínica do Comportamento, que engloba essas e outras terapias denominadas de terceira onda (Dougher, 2000).

Segundo Hayes (1999), a Terapia de Aceitação e Compromisso pode ajudar clientes que estejam em *fusão* com eventos privados, ou seja, que respondam a funções derivadas de estímulo (e.g. suas impressões acerca de algo; pensamentos e sentimentos) de forma literal, como se fossem verdadeiros. A fusão cognitiva ocorre no contexto da literalidade da linguagem. Quando um indivíduo se identifica com os próprios eventos privados, estes passam a ter um status de identidade, como algo inerente ao indivíduo (i.e de sua personalidade) e não como reações emocionais controladas contextualmente, que surgem e passam. Em outras palavras, há uma identificação com o conteúdo dos pensamentos segundo seu contexto literal. Nessa condição, pessoas podem levar seus eventos privados muito a sério, como se fossem reais (Saban, 2011).

Como humanos, nossas ações são frequentemente fundidas com nosso próprio linguajar. Seguimos regras explícitas ou implícitas, mesmo quando esse tipo de comportamento não ajuda a alcançar o que queremos. Essa fusão, quando estabelecida, pode gerar padrões comportamentais não desejáveis, como no caso da esquiva experiencial.

Esquiva Experiencial e Psicopatologia

A esquiva experiencial é definida funcionalmente como um fenômeno que ocorre quando a pessoa não está disposta a entrar em contato com experiências privadas em particular (e.g. sensações, sentimentos, pensamentos). Como resultado, se engaja em comportamentos cujo objetivo é de alterar a forma ou frequência desses eventos, bem como os contextos em que eles ocorrem (Hayes et. al 1996). A esquiva experiencial não é necessariamente ruim, em todas as circunstâncias, por si só. Por exemplo, se as experiências a serem evitadas são discretas e pouco frequentes, a probabilidade de ocorrer

problemas diminuí. No entanto, se elas são parte permanente da vida de um indivíduo, é muito provável que alguns problemas relacionados à esquiva experiencial possam surgir. Pessoas com uma história de abuso sexual podem evitar com frequência pensamentos, memórias e estados corporais relacionados ao acontecimento. Quando isso acontece há a probabilidade de que o repertório de esquiva para esses conteúdos também ocorra em grande frequência e intensidade (Wilson & Murrell, 2004). Esse tipo de repertório pode trazer graves consequências e limitar a vida do indivíduo.

A esquiva experiencial também pode ser prejudicial quando as experiências a serem evitadas estão relacionadas a algum valor. Por exemplo, se uma pessoa que foi abusada sexualmente está comprometida veementemente em evitar pensamentos, emoções e memórias relacionadas ao abuso em si (valor), pode se engajar em comportamentos que reduzam os aspectos aversivos relacionados ao entrar em contato com tal conteúdo, evitando por exemplo, relações íntimas com qualquer pessoa. Ao fazer isso, o indivíduo se esquiva de experienciar conteúdos aversivos, o que pode funcionar em curto prazo. Mas, em longo prazo, priva-se de ter novas relações íntimas que poderiam trazer consequências desejáveis. Histórias de abuso estão relacionadas a diversos tipos de psicopatologias e podem gerar padrões de esquiva experiencial não desejáveis e perversivos.

Segundo Wilson & Murrell (2004), o gerenciamento de eventos privados aversivos podem se tornar uma grande ocupação na vida de alguém. Enquanto o indivíduo está preocupado em gerenciar pensamentos e sentimentos indesejados, sua vida e seus valores são negligenciados.

Flexibilidade Psicológica

A flexibilidade psicológica é subdividida em 6 (seis) etapas da ACT. Os subprocessos que a compõem são: aceitação, desfusão cognitiva, atenção flexível ao momento presente, eu-como-observador (ou eu-como-contexto), ação baseada em valores

e ação comprometida. Tais subprocessos foram também conceitualizados como o comportamento que é “aberto, consciente e ativo”, definida como habilidade de contatar o momento presente de forma plena, no aqui-e-agora, sem defesas desnecessárias, enquanto persiste na mudança de comportamentos que estão a serviço de valores escolhidos. Uma maneira simples de pensar sobre flexibilidade psicológica é como a habilidade de responder às situações da vida de maneira funcional, enquanto se comporta de modo flexível, expondo-se a situações que estão de acordo com valores e objetivos de vida. Sua contrapartida é a inflexibilidade psicológica, que é definida como o processo geral da influência de repertório emocional e cognitivo restritivo, que contribui para comportamentos de controle ou esquiva experiencial (Hayes et. al 2011).

A ACT não tem o objetivo de diminuir a intensidade de pensamentos e sentimentos, ou de mudar seu conteúdo. Ao invés disso, a ACT procura modificar a relação do indivíduo com essas experiências, privilegiando a aceitação de tais eventos como parte inerente da vida enquanto trabalha na melhora da qualidade e efetividade de ações comprometidas baseadas em valores.

O foco do tratamento é de melhorar o engajamento do cliente em ações cujas consequências sejam mais flexíveis. Ou seja, o tratamento privilegia a maneira que o participante interage com suas emoções enquanto se comporta de maneira flexível e aberta em direção a seus valores. Essa é uma direção diferente de outros tratamentos que podem focar excessivamente na análise de conteúdos cognitivos buscando causas internas ou redução sintomática.

Objetivos Centrais da ACT

Segundo a proposta da ACT, a terapia pode ter dois objetivos principais. O primeiro objetivo refere-se a minar seguimento de regra não funcional. Nesse sentido, o terapeuta pode ajudar o cliente na desfusão de conteúdos cognitivos enquanto explora

alternativas de comportamento mais flexíveis. Isso se dá em relação a funções indiretas de estímulo (e.g pensamentos, sentimentos, impressões), que o terapeuta coloca no contexto da não literalidade. O segundo objetivo trata de ajudar o cliente a mudar sua postura para tornar possível seguir em direção as coisas que valoriza ou que deseja alcançar. A terapia nesse sentido é, portanto, baseada e guiada por valores.

Um dos papéis do terapeuta é de ajudar o cliente a definir as consequências que são globalmente desejáveis e agir de forma que aumente a probabilidade de contatar consequências de forma direta, enfraquecendo as funções indiretas de estímulo (Törneke, 2010; tradução nossa). A experiência direta (ou sensibilidade à contingência) para obter coisas que almeja pode, em longo prazo, sobrepor-se a um comportamento governado por regras (que se mantém por seus efeitos em curto prazo). Espera-se que as consequências das ações do indivíduo modifiquem seu comportamento, o que poderia flexibilizar a regra.

A predominância das regras no comportamento de seres humanos, apesar de frequente, não é absoluta. O terapeuta pode ajudar o cliente a enfraquecê-las, privilegiando o contato direto com as contingências, o que ajuda na manutenção desse comportamento. Novas experiências que ocorrem na interação terapêutica podem quebrar a predominância de regras verbais de uma forma específica. Uma das maneiras de realizar isso é a prática de desusão por meio das metáforas, utilizadas frequentemente na ACT:

Uma metáfora pode sugerir possíveis cursos de ação e, portanto, funcionam como uma regra, mas ela tipicamente o faz de uma maneira flexível e aberta, ao invés de prescrever comportamento precisamente. Qualquer um que queira seguir direções transmitidas através de uma metáfora terá que encontrar sua maneira para seguir, passo a passo; seu comportamento irá necessariamente ser caracterizado por tentar. A direção geral é indicada, mas nenhuma descrição exata do comportamento está disponível. Isso significa que a probabilidade de contatar funções direta de estímulo

umenta, que é exatamente o que a terapeuta está almejando quando se esforça para diminuir seguimento de regra disfuncional (Törneke, 2010, p. 223)

Em suma, os objetivos terapêuticos da ACT são aceitação (dos eventos privados), escolha (de seguir com seus objetivos) e ação (ação comprometida para suas metas). São divididos em seis fases ao longo do tratamento – cuja duração depende da evolução e necessidade do cliente. São elas: (1) determinação dos hábitos e comportamentos ineficazes do cliente; (2) demonstração de como comportamentos ineficazes são baseados no controle emocional e esquiva experiencial; (3) auxílio na detecção e diminuição da fusão; (4) incentivo ao cliente a entrar em contato com uma percepção de si distinta das crenças literais (self-como-contexto); (5) auxílio na identificação de objetivos e valores a serem seguidos; (6) apoio no com ações que propiciam ir em direção aos seus objetivos e valores, e permissão para que pensamentos, sentimentos e emoções funcionem como uma parte esperada da vida, e não mais um obstáculo que impeça as ações do cliente.

ACT e Transtorno Afetivo-Bipolar

A intervenção baseada na ACT tem sido estudada como tratamento para uma gama de transtornos psicológicos e psiquiátricos, de fobias específicas à transtornos de personalidade, descritos em manuais da área da saúde. Apesar de sua aplicabilidade heterogênea, seus objetivos gerais são compartilhados. Isso porque a ACT está pautada no princípio comum de que o sofrimento humano é parte fundamental dos problemas psicológicos. O sofrimento se dá, em grande parte, devido à capacidade verbal dos seres humanos de relacionar estímulos arbitrariamente, e tal elemento estaria presente na maioria dos problemas de ordem psicológica (Hayes, 1999). Vale ressaltar que a esquiva experiencial, fenômeno que ocorre quando a pessoa não está disposta a entrar em contato com eventos privados, engajando-se em comportamentos com objetivo de alterar a forma e/ou a frequência dos mesmos, também estaria presente em muitos desses problemas.

Sendo assim, a ACT tem como princípios básicos atuar: a) na diminuição da esquiva experiencial e na redução do sofrimento humano por meio da desfusão de conteúdos cognitivos e b) trabalhar em prol de valores e objetivos do cliente (Torneke, 2010). Devido a isso, a ACT poderia ser aplicável em uma vasta gama de problemas, inclusive o transtorno afetivo-bipolar.

Portanto, fazem-se necessárias pesquisas que sejam capazes de testar a viabilidade desse tipo de intervenção e apontar alternativas eficazes para o tratamento do TAB, principalmente para a realidade brasileira. Além disso, devem ser avaliados programas que possam ser utilizadas em conjunto com a farmacologia e a psicoeducação. Tais estudos poderão fornecer dados que facilitem o delineamento de intervenções a fim de diminuir a frequência de episódios maníacos e depressivos, aumentar a qualidade de vida, produzir maior flexibilidade psicológica, propiciar maior adesão ao tratamento farmacológico e, principalmente, promover mudanças no repertório comportamental dos pacientes para que lidem de forma mais adaptativa com sua condição.

A intervenção descrita a seguir pretende explorar algumas dessas questões, baseadas na aplicação de um programa de intervenção fundamentada primordialmente na Terapia de Aceitação e Compromisso, com recursos psicoeducacionais, no intuito de avaliar sua incidência sobre a flexibilidade psicológica das participantes, sintomas de mania, hipomania e depressão e aspectos relacionados à qualidade de vida.

Objetivos

Objetivos Gerais

Avaliar uma intervenção com base em um programa combinado de psicoeducação e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) quanto: a) sua incidência sobre a flexibilidade psicológica das participantes e b) aos sintomas de mania, hipomania e depressão além de aspectos relacionados à qualidade de vida.

Objetivos Específicos

- Elaborar estratégias para um programa de psicoeducação e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT);
- Aplicar programa de psicoeducação e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em um grupo de pacientes com diagnóstico de TAB;
- Avaliar aspectos qualitativos de melhora terapêutica segundo a flexibilidade psicológica ao longo da intervenção;
- Avaliar os escores de mania, depressão e qualidade de vida através de inventários;
- Avaliar os recursos utilizados pelo programa da ACT quanto a seus objetivos principais.

Método

O delineamento escolhido para o estudo foi quase-experimental, tendo o sujeito como seu próprio controle (intra-sujeito). O delineamento quase-experimental se caracteriza por atingir um grau de controle menor do que delineamentos experimentais e falta de controle completo sobre as variáveis que se quer mensurar (Kazdin, 1998).

Os dados do estudo foram obtidos por meio de registro filmado dos comportamentos das participantes em sessão e também registro em áudio. Após a intervenção, os vídeos foram analisados utilizando o software Transana versão 2.61 Demo. O comportamento das participantes foi categorizado por meio de marcadores de tempo do software, que o pesquisador utilizava como referência. Os comportamentos de interesse, marcados por meio do software, foram selecionados pelo pesquisador quando: havia verbalizações e comportamentos que denotavam aceitação ou controle de encobertos; verbalizações ou comportamentos de diferenciação da pessoa de seu comportamento (“Eu como Contexto”); verbalizações e comportamentos que privilegiavam ações guiadas por valores e/ou quando fazia parte da classe de comportamentos-alvo descrita no Quadro 1

(Intervenção). Após a categorização, as verbalizações e comportamentos classificados como relevantes pelo próprio pesquisador foram utilizados como subsídio para discussão de resultados dos efeitos do programa sobre a Flexibilidade Psicológica das participantes.

Além disso, a análise dos sintomas de mania, hipomania, depressão e aspectos da qualidade de vida das participantes foi feita a partir dos resultados obtidos por meio dos instrumentos: Escala de HAMILTON - HDRS, em sua versão de 17 itens, Escala Young - YMRS e WHOQOL-*bref*, aplicados antes e após a intervenção. Foi utilizada a análise estatística referente aos escores totais obtidos utilizando sujeito como próprio controle.

Incluiu-se também a aplicação do Questionário de Aceitação, recurso adaptado para a presente pesquisa, a partir do Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011). O intuito foi o de coletar indicativos verbais em relação à esquivia experiencial, fusão cognitiva e valores das participantes enquanto dados qualitativos da intervenção e seus efeitos.

Intervenção

Para facilitar a compreensão das atividades realizadas em sessão, primeiramente será apresentada a estrutura geral do programa, de acordo com as etapas da ACT, comportamentos-alvo dos participantes e estratégias utilizadas.

Etapas da ACT	Comportamentos-alvo	Estratégias
Determinar hábitos e comportamentos ineficazes	Identificar comportamentos ligados à tentativa de controle de encobertos	Exposição verbal sobre desesperança criativa: “não vamos ensiná-los a controlar pensamentos e sentimentos”
	Compreender o sofrimento como parte inerente à vida humana	Metáfora: utilizar o martelo para desaparafusar algo
	Perceber que, em algumas situações, quanto maior o	Exercício 1: identificar

	<p>controle, maior o sofrimento</p> <p>Tentar controlar sentimentos e pensamentos podem intensificar o problema (apesar de eliminá-lo a curto prazo)</p>	<p>o resultados a curto e longo prazo de tentativas de controle</p>
<p>Demonstrar como os comportamentos ineficazes são baseados no controle emocional e esquiva experiencial</p>	<p>Verificar que não há controle sobre sentimentos: eles aparecem com ou sem o consentimento das participantes</p>	<p>Retomada do Exercício 1 para discussão com grupo</p> <p>Metáfora do polígrafo</p> <p>Atividade “Não pense em X”</p>
<p>Detectar e diminuir a fusão com conteúdos encobertos</p>	<p>Detectar conteúdos encobertos como parte da experiência do eu, e não sua totalidade</p> <p>Aplicar a disposição (<i>willingness</i>) como alternativa;</p>	<p>Metáfora do amplificador</p> <p>Metáfora do Joe-Bum</p>
<p>Distinguir as pessoas de seus comportamentos (Eu como contexto)</p>	<p>Diferenciar o Eu (“ser”) do que se faz (“fazer”)</p> <p>Identificar que sentir e pensar são parte da experiência, mas distintos</p>	<p>Tabuleiro de xadrez (Hayes, 1987)</p> <p>O Eu Observador (Hayes, 1999)</p> <p>Exercício Nuvens (Chagas,</p>

		do Eu como perspectiva	2013)
Identificar objetivos e valores para seguir	e	Elencar objetivos e identificar valores condizentes com o que aprecia na vida	Confecção de lista personalizada com os pacientes sobre valores e objetivos que querem alcançar
Ação com compromisso		Identificar e traçar ações concretas para alcançar objetivos e estar de acordo com valores pessoais Comportar-se em diferentes ambientes para sentir mudança (ao contrário de esperar os sentimentos mudarem para se comportar)	Discussão da atividade de objetivos e valores de forma a encontrar comportamentos que facilitem a ação com compromisso
Mindfulness (atenção plena)		Praticar a atenção plena como forma de aumentar a flexibilidade psicológica Ter um momento do dia para a prática de atenção plena	Exercício atenção plena “Respiração Consciente” <i>Caminhada Mindfulness</i> Escolher algo cotidiano e praticar atenção plena Ex: banho; escovar dentes, etc.

Quadro 1 - Etapas da ACT em relação aos comportamentos-alvo e estratégias.

Instrumentos

A escala de HAMILTON – HDRS (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 2000) ou HAM-D avalia sintomas da depressão. Composta por 17 itens que podem ser pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, dependendo do item (ANEXO II).

A escala YOUNG – YMRS (Gorenstein, Andrade & Zuardi, 2000) avalia sintomas de mania. A pontuação de cada item varia de 0 a 4, sendo 0 ausência de sintoma e 4 sua forma mais grave. Os itens que avaliam irritabilidade, velocidade e quantidade de fala, conteúdo do pensamento e comportamento agressivo possuem peso dobrado (ANEXO III).

A escala WHOQOL-Bref, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1998), avalia aspectos relacionados à qualidade de vida. Possui 26 itens são assinalados de 1 a 5 pontos. A pontuação de cada domínio é interpretada como necessitando melhorar quando inferior a 2,9, de 3 a 3,9 é considerado regular, de 4 a 4,9 considerado bom e acima de 5 considerado muito bom. As perguntas são divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (ANEXO IV).

O Questionário de Aceitação, adaptado a partir do instrumento *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) (Bond et al. 2011), foi utilizado como recurso para auxiliar na avaliação de comportamentos relacionados à esQUIVA experiencial e flexibilidade psicológica. O questionário contém uma lista com 5 (cinco) afirmações que as participantes deveriam assinalar pontuando de de 1 (um) a 5 (cinco), de acordo com sua veracidade (segundo opinião própria) (ANEXO V).

Participantes

Foram convidadas a participar do estudo 3 mulheres com 24, 49 e 52 anos, respectivamente. As participantes apresentavam diagnóstico de TAB realizado por médico

psiquiatra e foram selecionadas a partir de uma lista de espera de atendimento da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Como critério de inclusão as participantes deveriam estar eutímicas ou com sinais de depressão leve. Foram excluídos da amostra, pacientes com limitações cognitivas para compreenderem as etapas do programa, bem como pacientes em fase de mania ou hipomania que poderiam não se beneficiar da intervenção.

Perfil das participantes.

Participante M.

Sexo feminino, 49 anos, casada, morava com o marido e filho de 25 anos (também com diagnóstico de TAB). Trabalhou como vendedora por muitos anos. Atualmente (até a data da entrevista), não trabalhava para poder se dedicar aos cuidados com o filho, sogro e sogra (ambos portadores de HIV). Fazia uso diário de Quetiapina, Olcadil, Lamotrigina, Atenolol (pressão arterial) e Puran (tireóide). Há 14 anos se submetia a tratamento psiquiátrico e o primeiro diagnóstico foi de depressão unipolar. Há aproximadamente 3 anos o diagnóstico foi de TAB, realizado por psiquiatra. Instrumentos aplicados para a presente pesquisa (HAMILTON, YOUNG e WHOQOL-bref) indicaram depressão leve, com qualidade de vida moderada.

Participante A.

Sexo feminino, 24 anos e grau de instrução superior incompleto (retomou os estudos recentemente). Solteira, residia com a mãe, a avó e a tia. Diagnosticada com TAB há 6 meses antes da entrevista. Relatou que teve crises que alternavam entre depressão e mania, que começaram em 2011 pelo término de um relacionamento afetivo. Fazia uso de Escitalopram e Amato. Houve duas tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos. Instrumentos aplicados (HAMILTON, YOUNG e WHOQOL-bref) indicaram depressão leve, com boa qualidade de vida.

Participante D.

Sexo feminino, 52 anos e grau de instrução ensino médio completo. Trabalhou mais de 10 anos como técnica de enfermagem e estava afastada do trabalho (até a data da entrevista) por recomendação médica. Residia com duas filhas e seu pai. Utilizava Quetiapina, ácido valpróico e Rivotril. Esteve três vezes internada por motivos psiquiátricos e teve muitas crises de depressão e mania desde o primeiro diagnóstico (depressão), há 27 anos. Em 2012, psiquiatras fecharam o diagnóstico de TAB. Relatou três tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa. Instrumentos aplicados (HAMILTON, YOUNG e WHOQOL-bref) indicaram eutimia, com boa qualidade de vida.

Local

O procedimento foi realizado em uma das salas de grupo (com área de espelho) na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina.

Recursos Humanos

A equipe foi constituída por um psicólogo e uma psiquiatra (referidos no estudo como terapeutas), responsáveis pela coordenação e manejo do grupo. Um colaborador, vinculado ao programa de mestrado, cuja função principal foi a de gerenciar câmeras, gravadores e Datashow, além de auxiliar os terapeutas em sessão, quando necessário. Além disso, duas docentes do departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC) da UEL e uma aluna do programa de mestrado, acompanharam às sessões em sala de espelho e faziam anotações para supervisões subsequentes.

Recursos Materiais

Foram utilizadas duas câmeras modelo Sony HDR-XR160, montadas em tripé e direcionadas para as participantes. Além disso, dois gravadores de áudio modelo Sony ICD-PX820, um próximo às participantes e outro próximo ao terapeuta. Outros recursos

incluiram um Datashow para exposição de conteúdos referentes aos temas das sessões e um captador de áudio para os ouvintes na sala de espelho.

Procedimento

Após aprovação do Comitê Ética em Pesquisa com Humanos (CAE 34938114.0.3001.5231), as pacientes indicadas pelo setor de Psiquiatria foram convidadas a participar do estudo. O convite foi feito por meio de contato telefônico e pessoalmente, quando possível. As pacientes foram informadas sobre a estrutura do programa, objetivos, número de sessões e atividades.

Antes da primeira sessão em grupo, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I), as participantes foram entrevistadas individualmente. O objetivo foi de levantar dados relacionados à história, informar sobre o funcionamento do grupo e aplicar os instrumentos (pré-teste).

A intervenção foi realizada na modalidade de atendimento em grupo, constituindo-se de 5 sessões com duração de 90 minutos cada. O programa foi elaborado com foco psicoeducacional e psicoterapêutico. As atividades com foco psicoeducacional foram baseadas na proposta de Colom & Vieta (2004), Pelegrinelli (2010), Figueiredo et al. (2009) e Mussi, Soares & Grossi (2013) que buscaram fornecer informação sobre o TAB tais como: sintomas, tipos, causas, medicação utilizada, orientação sobre sono, rotina de exercícios físicos, abstinência de álcool/drogas e autocontrole.

As atividades com foco psicoterapêutico incluíram a aplicação de técnicas de *mindfulness* (atenção plena) e a utilização de exercícios vivenciais e metáforas. Tais procedimentos foram baseados em programas como o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990); *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Williams et al., 2008; Kenny & Williams, 2007); e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, 1999) como o *body-scan meditation* e *attention to breath*. O objetivo da utilização

deste tipo de estratégia foi a promoção de maior tolerância a eventos aversivos (e.g. ruminação, pensamentos negativos, etc), aumento da flexibilidade psicológica e maior exposição a situações relacionadas à um melhor prognóstico, de acordo com os valores e objetivos de cada indivíduo.

Segundo o enfoque analítico-comportamental, houve necessidade de avaliação contínua do programa (sessão-sessão) para melhor adequação às necessidades dos membros do grupo. Após cada sessão, a equipe se reunia e discutia questões relacionadas ao atendimento e a programação para as próximas sessões.

Descrição das Sessões

Sessão 1

A primeira sessão foi composta por três momentos: a) apresentação do grupo; b) psicoeducação sobre o TAB e c) estabelecimento de desesperança criativa.

No início da sessão as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), que foi lido de forma conjunta com as participantes para sanar eventuais dúvidas.

- A apresentação do modelo do grupo incluiu a exposição de forma breve de como o trabalho seria conduzido (formato das sessões, tempo, e sigilo). Posteriormente, houve incentivo para que as participantes se apresentassem dizendo o nome, idade, ocupação, quando foi diagnosticado o quadro. Além disso, responderam as seguintes perguntas: “Por que estou participando do grupo?” e “Quais são minhas expectativas em relação ao que posso aprender nele?”. Finalizou-se com a apresentação e explicação das regras do grupo.

REGRAS

- Chegue pontualmente às sessões
-

-
- Participe de todas as sessões (tente não faltar em nenhum encontro)
 - Respeite os outros participantes
 - Dê chance para que todos falem
 - Ouça o que os outros têm a dizer
 - Seja acolhedor
 - Ajude um ao outro e seja construtivo em suas opiniões.
 - Mantenha o foco no “aqui e agora”
 - Pense sobre o que você pode fazer por você hoje e amanhã, ao invés de focar no que você “deveria ter feito” ou “poderia ter feito” no passado
 - Realize todas as atividades e exercícios propostos
 - Pratique lá fora o que for aprendido aqui dentro
 - Se houver algum problema com o grupo, fale com os terapeutas sobre isso
 - Mantenha o sigilo sobre tudo o que for falado aqui e respeite a privacidade de cada membro

Quadro 2 - Descrição de regras elaboradas para o grupo e apresentadas na primeira sessão.

Com o objetivo de explicitar a interdependência das participantes no grupo, uma pequena dinâmica foi realizada.

O terapeuta solicitou que cada uma das participantes verbalizasse sua expectativa em relação ao grupo. Segurando a ponta de um novelo de lã, o novelo era repassado à outra participante, de forma aleatória, que verbalizava tal expectativa, e assim sucessivamente. Dessa maneira as participantes e terapeutas acabavam formando uma “teia”, devido ao entrelaçamento do novelo. Foi verbalizado que as expectativas dos membros (terapeutas e participantes) estavam interligadas, salientando a importância do compromisso de cada um para a formação de um grupo coeso.

- No segundo momento da sessão foi realizada uma intervenção psicoeducacional acerca do TAB, realizada pela psiquiatra. O objetivo foi de informar sobre aspectos como a natureza biológica do transtorno, epidemiologia, preconceitos, mitos, possíveis gatilhos para crises e herdabilidade. Após a apresentação, foi feito o esclarecimento de eventuais dúvidas. Ao final, foi apresentado um vídeo de aproximadamente 3 minutos, que continha uma reportagem acerca de pessoas diagnosticadas com TAB. No vídeo havia entrevistas sobre como se deveria lidar com a enfermidade em prol de uma vida menos limitada.
- Para finalizar a primeira sessão, foi proposta uma discussão acerca de uma das primeiras diretrizes da ACT, o estabelecimento da desesperança. Os terapeutas (psicólogo e psiquiatra) discutiram que determinadas estratégias utilizadas para controle dos sintomas relacionados ao transtorno poderiam não ser tão eficazes. A sessão foi encerrada com a seguinte proposta: *“Não vamos ensinar vocês a controlarem os sintomas do transtorno. Esse não é o foco do grupo. Vocês já tentaram isso e não deu certo. Nós vamos trabalhar com vocês uma maneira diferente de lidar com isso. Será que há outra maneira? Encontramos vocês para a próxima sessão, semana que vem”*.

Sessão 2

A segunda sessão teve como objetivos: a) demonstrar a ineficácia do controle para lidar com pensamentos e sentimentos; b) apresentar a Aceitação como postura alternativa ao controle; c) iniciar a prática da atenção plena.

- A sessão foi iniciada com um vídeo de aproximadamente 3 minutos, com uma série de reportagens sobre o TAB. Posteriormente, foi pedido às participantes para que explicassem sobre como seria ter o transtorno e como isso afetava suas vidas.

- T: *“Vocês poderiam explicar em poucas palavras como é ter o TAB? No que ele atrapalha em sua vida? Já tentaram se livrar da doença ou dos pensamentos e sentimentos que vem com essa condição? De que forma?”.*

O objetivo foi de iniciar a investigação de padrões de esquiva experiencial. Para obtenção de mais dados relacionados à condição foi utilizado o Exercício de estratégias de controle, onde as participantes preenchiam em uma tabela estratégias anteriores de controle sobre comportamentos encobertos e se funcionavam em curto prazo e em longo prazo.

Pensamento	ou	O que faço para	Funciona a	curto	Funciona a longo
sentimento doloroso		lidar com ele?	prazo?	(Há alívio	prazo? (Consigno
			imediatos?)		me livrar disso de
					uma vez por
					todas?)

Quadro 3 - Quadro com os campos onde as participantes preencheram com estratégias para lidar com pensamentos e sentimentos aversivos.

Após a realização da atividade, uma discussão foi proposta. De acordo com as participantes, a maioria das tentativas anteriores de controlar pensamentos e sentimentos não funcionavam a longo prazo. O terapeuta fez uma pequena exposição verbal sobre o assunto.

- T: *“Nossa mente fez grandes maravilhas para a nossa evolução. Podemos resolver problemas do mundo através dela. Isso porque nossa mente gosta de classificar e avaliar as coisas e assim resolvê-las. No entanto, quando aplicamos a mesma lógica para tentar controlar pensamentos e sentimentos, surge um problema. Se eu disser a vocês para NÃO pensarem em um elefante cor de rosa, é nisso que vocês pensarão. Ao tentar diminuir seus pensamentos e sentimentos através do controle, é justamente o oposto que acontece. Isso não é culpa de vocês! Fomos ensinados*

desde pequenos que sentimentos e pensamentos são controláveis. Quem nunca ouviu de um pai para engolir o choro, por exemplo? ”.

Dessa forma foi demonstrado às participantes que o controle é ineficaz nessa esfera. Além da exposição verbal, foi utilizada a metáfora do polígrafo (Hayes, 1999) (ANEXO VI) como exercício experiencial.

- Após a descrição da regra de que o controle não é eficaz para encobertos, uma postura alternativa foi discutida. A Disposição é descrita como uma postura em que pensamentos e sentimentos não desejáveis são uma parte esperada da vida. O propósito não é de diminuir a frequência e intensidade de encobertos, mas sim aumentar a tolerância das participantes em relação a eles através da exposição. Uma adaptação, baseada na metáfora do amplificador, descrita em Hayes (1999), foi utilizada para esse propósito. Nessa metáfora o participante imagina que tem um rádio com dois botões. Um dos botões é para aumentar ou diminuir o volume dos pensamentos e sentimentos indesejados. O outro é o botão que controla sua tolerância a esses encobertos. Quando tentamos mexer no primeiro botão, notamos que ele está quebrado. Quanto mais você mexe, mais seus pensamentos e sentimentos indesejados aumentam em intensidade. Mas você não desiste e tenta cada vez mais. Essa é a postura de controle, que leva ao aumento do sofrimento. A postura da disposição mexe no segundo botão. Ao estarmos dispostos a aceitarmos sentimentos e pensamentos da maneira como são, sem julgamentos, aumentamos nossa disposição e diminuimos a esquiva experiencial, um dos focos da ACT.
- Para finalizar foi realizado um exercício para que as participantes prestassem atenção em sua respiração por 5 minutos, guiados pela voz do terapeuta, como forma de exemplificar a disposição. Depois foi entregue uma folha com a descrição do exercício para a prática em casa (ANEXO VII).

Sessão 3

A terceira sessão foi realizada com os objetivos de a) introduzir a aceitação como alternativa ao controle, retomando o conceito de disposição; b) apresentar o contato com eventos do momento presente (aqui-agora) como Eu Observador (Hayes, 1999), de forma aberta e não julgadora; c) praticar atenção plena como meio de fortalecer o contato com o aqui-agora.

- A sessão foi iniciada retomando a tarefa de casa proposta na sessão anterior, de atenção dirigida à respiração. Foi perguntado às participantes o que sentiram ao fazer o exercício em casa. Por meio da tarefa buscou-se identificar padrões de esquiva experiencial, que foram discutidos com o grupo. Os comportamentos foram classificados entre aceitação ou controle. Além disso, comportamentos alternativos à esquiva foram discutidos.
- Para esse objetivo foram utilizados recursos da ACT como a metáfora do tabuleiro de xadrez (Hayes, 1987)(ANEXO VIII). Nessa metáfora as participantes foram guiadas a perceber que a fusão com pensamentos e sentimentos trás maior sofrimento. A alternativa foi de se perceberem enquanto contexto em que esses comportamentos ocorrem – o nível do tabuleiro. Em suma, que “você não é seus pensamentos e sentimentos, mas sim quem os observa. Você é o tabuleiro, não as peças”.
- De forma a facilitar a relação entre a metáfora e os pensamentos e sentimentos particulares de cada participante, outro exercício foi realizado, a Metáfora das Nuvens (Chagas, 2013) (ANEXO IX). Nesse exercício foram entregues às participantes figuras, recortadas em formato de nuvens, para que escrevessem nelas alguns pensamentos e sentimentos. Em seguida, os terapeutas pediram para que classificassem entre sentimentos e pensamentos positivos e negativos. As

participantes foram convidadas a avaliar cada pensamento e sentimento descrito. Algumas descreveram que se identificavam muito com aqueles pensamentos, que poderiam ser tomados como parte de sua personalidade. As participantes foram questionadas se aqueles eventos estavam presentes com frequência em suas vidas. Elas disseram que, apesar de frequentes, não eram fixos. A oportunidade foi utilizada para discussão sobre “ter um pensamento” *versus* “comprar um pensamento” (tomá-lo como verdadeiro). Os terapeutas expuseram a situação: “Comprar um pensamento é toma-lo como verdadeiro, como parte imutável de si. As nuvens, assim como os pensamentos e sentimentos não são fixas no céu. Elas vêm e vão, sempre em movimento. Não é necessário saber se são verdadeiras ou não, isso não importa”. As participantes concluíram que na metáfora “eram o céu onde as nuvens passavam e se transformavam a todo o momento” (sic).

- Após o exercício, foi pedido que realizassem a atenção dirigida a algum pensamento ou sentimento que as incomodavam. Através do relato de cada uma, foi discutida a importância de se olhar para os pensamentos sem que haja fusão para com eles. Dessa forma, haveria uma postura de disposição e aceitação do momento presente, diminuindo a fusão e a esquiva experiencial. Ao final da sessão, as participantes praticaram a atenção plena ao comer um chocolate. Solicitou-se que comessem o chocolate vagarosamente, sentindo seu aroma, camadas e sabor atentamente. A partir do exercício, foi salientada a viabilidade de se praticar atenção plena no dia-a-dia. Foi proposto uma tarefa de casa em que as participantes deveriam escolher uma atividade cotidiana (e.g tomar banho; escovar os dentes) para realizar por meio da atenção plena. O objetivo foi facilitar a prática da atenção plena.

Sessão 4

O objetivo da quarta sessão foi de a) revisar conteúdos das sessões passadas; b) identificar valores de vida das participantes; c) continuar a prática da atenção plena.

- Devido à equipe ter detectado que algumas participantes poderiam estar em fases diferentes da intervenção, devido ao nível de compreensão e exposição ao conteúdo, iniciou-se a sessão retomando pontos como: a aceitação de encobertos; a diferenciação das pessoas de seus comportamentos (Eu Observador); e a importância da atenção ao momento presente de forma não julgadora. As participantes também foram questionadas se algo ao longo da semana se recordaram de conteúdos ou vivências do grupo. O objetivo foi de verificar se os princípios utilizados em sessão estavam sendo generalizados para outros contextos. Sendo assim, foi possível detectar padrões de exposição a eventos aversivos e esquiva experiencial.
- O conceito de Valores (Hayes, 1999), foi introduzido ao grupo enquanto direções a serem seguidas. Como uma bússola que sempre aponta para o norte. Você nunca chega ao norte, apenas vai em direção a ele. Espera-se, a partir dos valores, que são direções comportamentais mais amplas, orientar objetivos mais concretos. O exercício “Indo ao seu próprio funeral” (Hayes, 1999) (ANEXO X) foi utilizado para identificar valores centrais das participantes. Uma folha com o desenho de lápide foi entregue para que colocassem o nome e escrevessem as coisas pelas quais gostaria de ser lembrada ao morrer. Esse exercício pode propiciar também exposição a eventos aversivos *in vivo*, já que temas como a dor, morte e sofrimento podem surgir. Caso surjam, são tratados de acordo com a postura atenta e não julgadora, proposta na atenção plena. Ainda nessa etapa, a tabela de valores, utilizada em Saban (2011) (ANEXO XI) foi preenchida pelas participantes.

- O restante da sessão foi destinado ao preenchimento da tabela, sempre acompanhada pelos terapeutas. Ademais, foram discutidos valores individuais que poderiam ser considerados valores em comum. A importância do grupo enquanto contexto onde as participantes poderiam se expor a novas situações e agir de acordo com seus valores foi salientada. Foram realizados feedbacks sobre novos repertórios comportamentais que estariam relacionados à flexibilidade psicológica, de maneira a consequenciar tais comportamentos.
- Ao final, o exercício de atenção plena *body-scan meditation* (Kabat-Zinn, 1990) (ANEXO XII) que utiliza sensações corporais, foi realizado.

Sessão 5

A última sessão da intervenção teve o foco em aspectos da ação com compromisso pautada em valores das participantes. Os objetivos foram a) retomar as atividades sobre valores da sessão passada; b) identificar objetivos comportamentais concretos, pautados em valores pessoais, e confeccionar um cartaz individual; c) prover *feedback* sobre mudanças comportamentais de cada participante ao longo da intervenção; d) realizar o fechamento das sessões e esclarecer eventuais dúvidas das participantes.

- As participantes foram convidadas a selecionar valores que consideravam de maior importância para que, com a ajuda dos terapeutas, fosse possível organizar objetivos comportamentais apoiados por tais valores. A atividade, que foi denominada de Quadro de Valores, foi confeccionada a partir de uma cartolina branca, de tamanho padrão, delimitadas em quatro seções (ANEXO XIII). No canto superior esquerdo havia o campo “Meus Valores”, onde as participantes escreveram seus valores mais importantes (segundo critério próprio). No canto inferior esquerdo, “Minhas Metas”, listaram metas comportamentais (específicas) pautadas em seus valores. No canto superior direito, “Barreiras para alcançar

minhas metas”, identificaram condições que poderiam dificultar o alcance das metas descritas. Por último, escreveram no campo inferior direito, “O que fazer para alcançar minhas metas”, comportamentos que poderiam facilitar o cumprimento desses objetivos. A atividade foi executada de forma que cada participante teve ao seu lado um membro da equipe para ajudá-lo a preencher os campos na cartolina. Dessa forma, eventuais dúvidas foram sanadas mais rapidamente. Durante o exercício as participantes também foram encorajadas a discutir seus próprios valores e metas com os membros do grupo.

- Sabe-se que a mudança comportamental ocorre ao longo de todas as sessões. Por isso a importância da criação de um contexto que propicie a ocorrência de novos comportamentos. Para isso, deve-se buscar a modificação de antecedentes, consequências ou, idealmente, ambos, durante a intervenção. Não obstante, é importante a descrição de tais mudanças às participantes. Foi realizada uma atividade de feedback, onde se incentivou a verbalização dos próprios comportamentos e o comentário sobre o comportamento de cada uma. O objetivo foi de descrever funcionalmente comportamentos que estavam correlacionados à valorização de reservas comportamentais, menor fusão com conteúdos verbais, maior aceitação e, ultimamente, maior flexibilidade psicológica.
- Na parte final da sessão houve um tempo para esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos trabalhados no grupo. Houve agradecimento pelo envolvimento das participantes com a intervenção. Um livreto contendo alguns exercícios de atenção plena (e.g atenção à respiração e sensações corporais) foi entregue com o objetivo de que continuassem a prática (ANEXO XIV).

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos serão apresentados primeiramente por meio das escalas, descritas anteriormente na seção instrumentos, que foram utilizadas para mensurar aspectos sintomáticos e em relação à qualidade de vida das participantes.

Escala de Hamilton - HAM-D

Os escores da Escala Hamilton (HAM-D) foram analisados de acordo com os critérios de Del Porto (1989). Valores entre 7 e 17 podem colaborar com o diagnóstico de depressão leve. Entre 18 e 24 podem ser indicativos de depressão moderada e acima de 25, depressão grave. A seguir, na Figura 1, é apresentado o gráfico com os escores totais das participantes no pré e pós-teste.

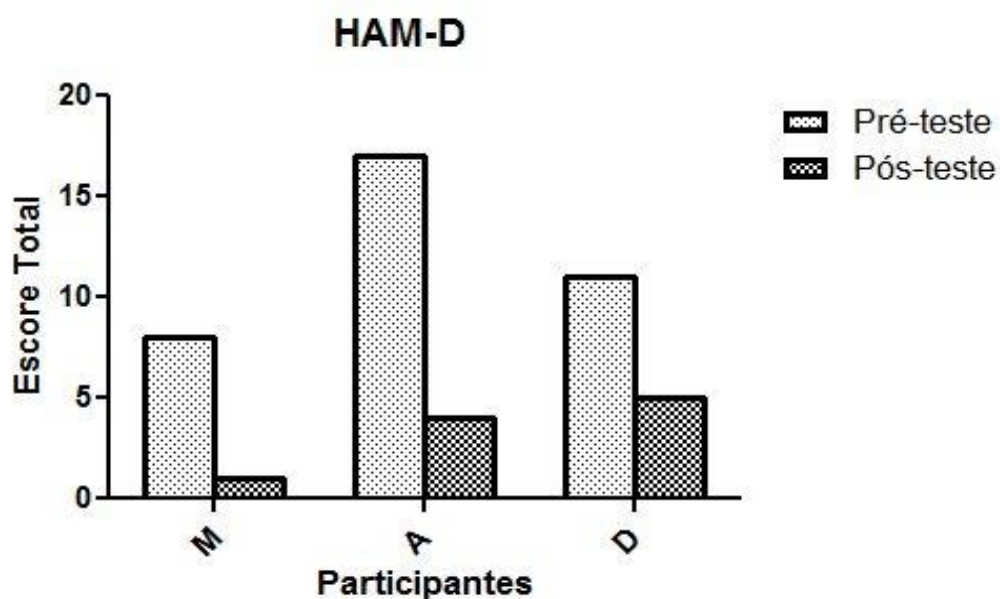


Figura 1 - Resultados da Escala Hamilton para as participantes.

É possível observar que houve redução dos escores para todas as participantes no pós-teste. De acordo com os critérios definidos, todas apresentaram escores indicativos de depressão leve em pré-teste e passaram para estado de eutimia (abaixo de 7) no pós-teste.

Escala Young de Mania - YMRS

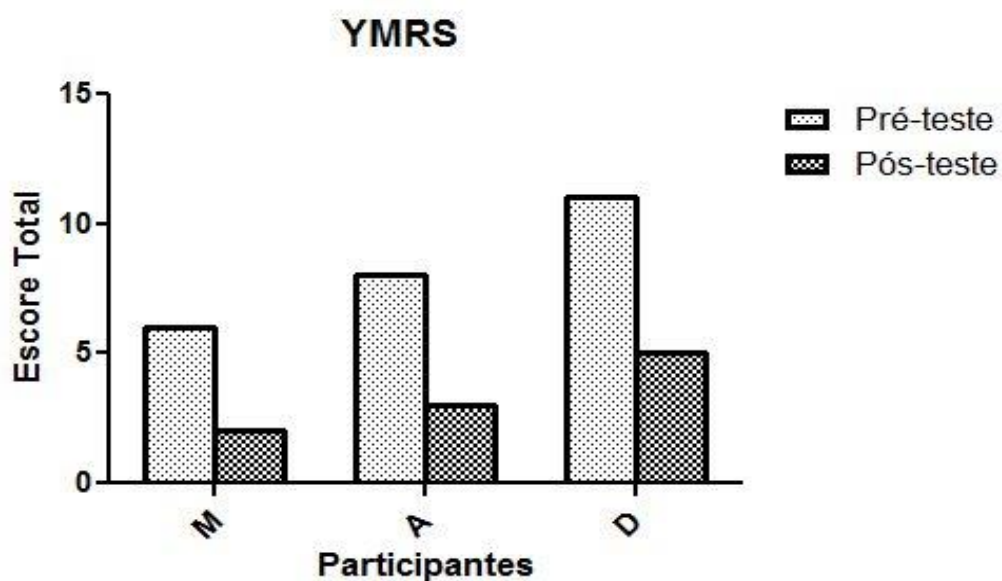


Figura 2 - Resultados da Escala YMRS para as participantes.

Na escala YOUNG (YMRS), escores acima de 12 pontos podem sinalizar mania e hipomania. Nenhuma das participantes obteve escores maiores do que isso, o que indica eutímia no pré-teste. Para o pós-teste o estado eutímico continuou, com melhora nos escores finais em todos os casos. No teste de *Wilcoxon*, adotando $p < 0,05$ as diferenças não são estatisticamente significantes.

Inventário de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref

A seguir, por meio das Figuras 3, 4 e 5, serão apresentados os resultados do inventário de qualidade de vida. Escores inferiores a 2,9 são pontuados como “necessitando melhorar”, de 3 a 3,9 é considerado “regular”, de 4 a 4,9 considerado “bom” e acima de 5 considerado “muito bom” segundo critérios próprios do instrumento (WHOQOL Group, 1998).

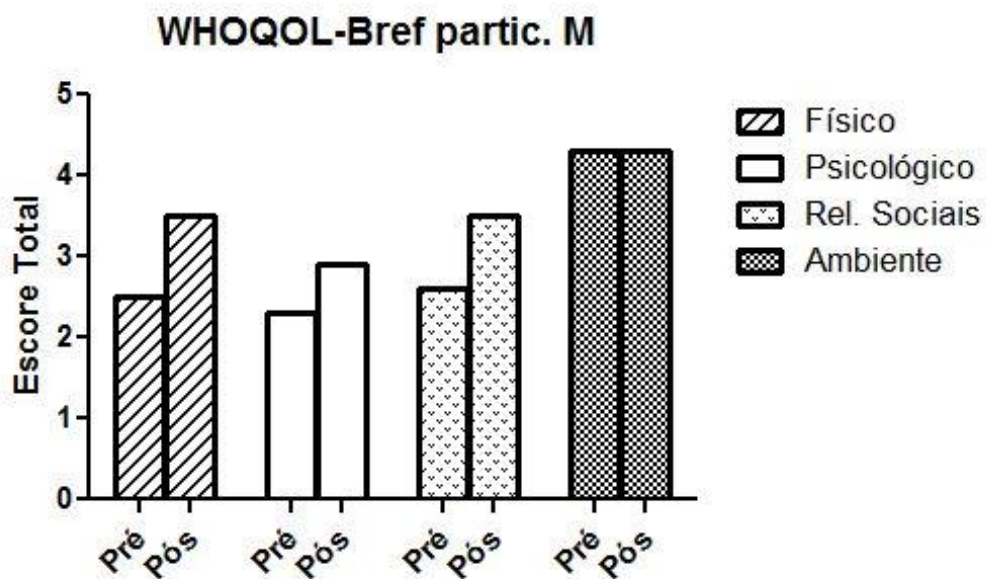


Figura 3 – Resultados WHOQOL-Bref da participante M.

Pode-se observar na Figura 3 que a participante M apresentou melhora nos domínios físico, psicológico e de relações sociais no pós-teste. Para o físico e relações sociais, em ambos o escore do pré-teste era inferior a 2,9, indicando necessidade de melhora segundo os critérios do instrumento. Após a intervenção passaram para 3,5, considerado regular. O domínio psicológico passou de 2,4 para 2,9, o que caracteriza necessitando melhorar. Para o ambiente, não houve alteração.

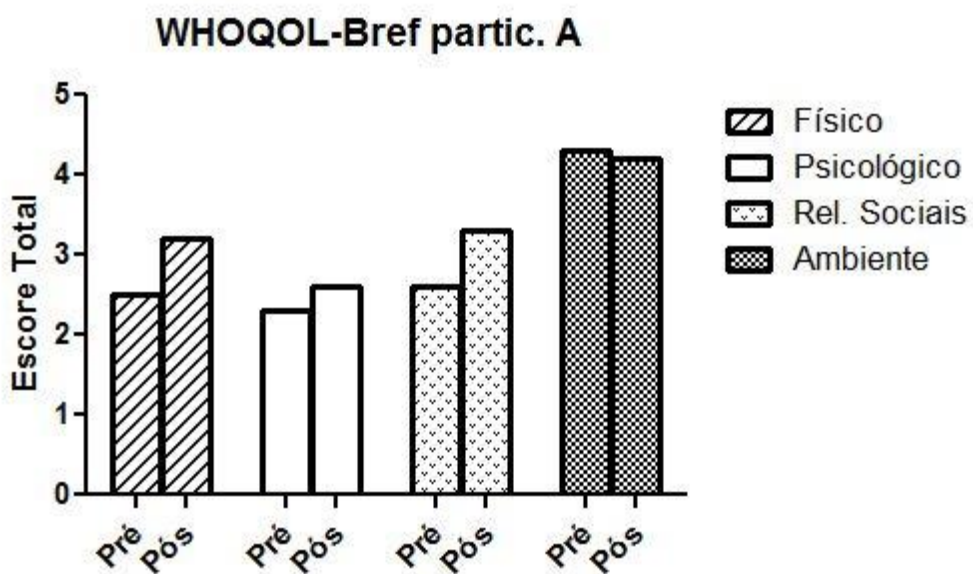


Figura 4 - Resultados WHOQOL-Bref da participante A.

A Figura 4 demonstra que a participante A apresentou melhora nos domínios físico e relações sociais, passando de “necessitando melhorar” para “regular” (igual ou acima de 3 pontos). Para o domínio psicológico e ambiental, não apresentou melhoras significativas, com a manutenção dos escores em “necessidade de melhora” (2,5) e “bom” (4,3), respectivamente.

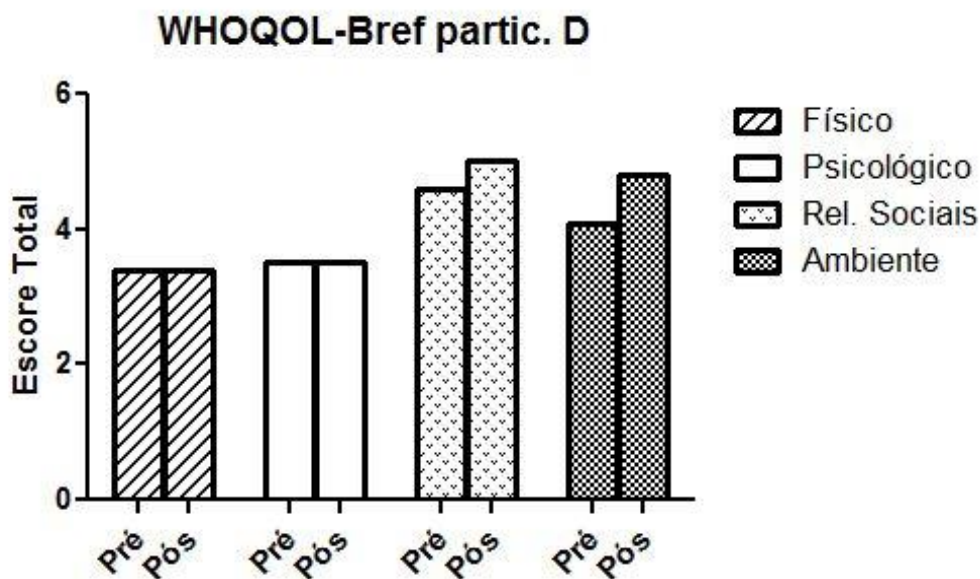


Figura 5 - Resultados WHOQOL-Bref da participante D.

Pode-se observar na Figura 5 que a participante D obteve melhora nos domínios de relações sociais e ambiental. Para relações sociais, passou de 4,6 no pré-teste (considerado bom) para 5 (considerado muito bom) após a intervenção. No domínio ambiental passou de 4,1 para 4,8, considerado como bom. Os outros domínios se mantiveram estáveis.

Em suma, foi observado melhora nos domínios físicos e de relações sociais para duas das participantes, e estabilidade para a terceira. É interessante notar que o domínio físico não foi alvo de intervenção direta, mas obteve diferenças de escore suficientes para indicar melhora no pós-teste utilizando sujeito como próprio controle. Para a média das participantes nesse domínio, por meio do teste *Wilcoxon* ($p < 0,05$), não foram observadas diferenças estatisticamente significantes.

Quanto às relações sociais, houve melhora quanto ao escore absoluto em pós-teste utilizando sujeito como próprio controle e também diferença estatisticamente significativa para a média das três participantes utilizando *Wilcoxon* ($p < 0,05$). Os dados podem indicar

que a intervenção incidiu sobre esse domínio, já que intervenções em grupo podem ser oportunidades para desenvolvimento de interações sociais.

Comportamento das Participantes

A seguir serão apresentados os resultados de acordo com os padrões comportamentais e histórico das participantes com a finalidade de subsidiar a discussão sobre as etapas do programa.

Participante M.

Ao longo das sessões, M demonstrou um padrão comportamental indicativo de auto-regras pouco flexíveis, incluindo relatos verbais prováveis de uma história de reforçamento para tal. A participante disse, em várias oportunidades, ter regras que prejudicavam seu relacionamento interpessoal e lhe causavam sofrimento. Os relatos incluíam: “Meus sonhos não são realmente meus, vivo sempre tentando me adaptar ao que o outro espera de mim”; “Quando vou fazer algo, tento dar sempre o melhor de mim”; “Por dentro, me sinto um zero a esquerda”; “Sou muito passiva”.

A participante relatou, com grande frequência, que sempre foi muito pessimista com as coisas que fazia e se cobrava muito. Disse que sempre pensava nos outros em primeiro lugar, tentando agradar e não ficava satisfeita com o resultado. Relatou que tinha medo de ser reprovada e, por isso, não conseguia dizer “não” aos pedidos que recebia. Relacionou tal condição ao fato de que, no passado, foi muito cobrada em relação a seu desempenho por parte dos pais e família. Atualmente, tinha dificuldades em comunicar suas necessidades para o marido: “Não consigo dizer não para ele. Mas sei que isso me machuca muito, não faz bem” (sic). Verbalizou disse que o marido não entendia muito sobre sua condição (em relação ao TAB) e isso dificultava o diálogo com ele. Exemplificou: “Quando tem algo sobre o transtorno passando na televisão, meu marido sempre troca de canal e nunca quer falar sobre o assunto. Acho que ele não me entende”.

Além disso, disse que o marido não aceitava muito bem suas opiniões e que, para dizer não, teria que se separar dele. M relatou também que cuidava dos sogros em sua casa, o que a deixava estressada diariamente. Novamente relacionou isso a sua dificuldade em comunicar necessidades. Disse que sentia como se a casa não fosse dela, porque precisava acatar muitas coisas do marido e dos sogros: “Seguro muito antes de dar minha opinião em alguma coisa [...] Vivo muito presa na vida deles e não tenho tempo para mim” (sic).

Durante as sessões, M verbalizou que, ao longo do dia, tinha pensamentos recorrentes sobre situações que vivenciou em sua casa, com o marido e com o filho: “Me pego distante em muitos momentos, pensando em coisas que já ocorreram ou estão ocorrendo em minha vida. Às vezes me desligo e me perco em meus pensamentos, como já ocorreu muitas vezes até mesmo aqui, na sessão” (sic). Disse que tentava “se livrar da dor” (sic) pensando em outras coisas, mas que esse comportamento não resolvia a situação.

Sobre outros pensamentos recorrentes, a participante relatou também que tinha “medo de pessoas mortas” (sic). Apesar disso, disse que muitas vezes precisava ir à funerais e não tinha escolha. Ela se expunha à situação e depois sentia medo ao longo do dia. Não conseguia dormir sozinha e não virava as costas para o armário porque tinha a sensação de que havia alguém por perto. Depois de ir à velórios e funerais, tinha a sensação de “aperto no pescoço” (sic) e pensamentos recorrentes por dias. Quando tomava banho, se lembrava de “imagens” (sic) do velório e sentia muito medo. Também relatou ter palpitações na região do coração que a incomodavam muito. Em uma escala de 1 a 10, a participante disse que “ir a velórios” incomodava 10 e contar sobre a situação para o grupo, incomodava 5.

Participante A.

Por meio dos dados coletados na entrevista inicial, verbalizações da participante e segundo avaliação da equipe, considerou-se como foco da intervenção e principal queixa o

que a participante chamou de “falta de motivação” (sic). Operacionalmente, definimos como a baixa probabilidade da participante se comportar para realizar tarefas, principalmente relacionadas às áreas profissional e acadêmica, cuidados pessoais com a aparência e saúde, e também prática de atividade física.

Disse que era comum passar os dias em casa, “sem fazer nada” (sic). Relatou dormir muito ao longo do dia e ter dificuldades para se levantar “por falta de vontade” (sic). Muitas vezes ficava em casa porque “não tinha vontade de sair” (sic) e assistia televisão. Disse sentir-se extremamente triste ou cansada em muitos dias da semana. Tinha pensamentos recorrentes como: “Sou muito preguiçosa”; “Acho que não vou conseguir fazer nada”; “Muitas vezes me sinto inútil”; “Quando acordo mal, não quero sair da cama” (sic). Na entrevista inicial, relatou que gostaria de praticar atividade física, mas que não se sentia motivada. Explicou que tinha ganhado peso devido à utilização dos medicamentos e sentia-se triste frequentemente quando se lembrava de seu peso antes do tratamento.

Outro aspecto importante em relação ao sofrimento da participante estava relacionado à presença de pensamentos e sentimentos negativos acerca da área profissional e acadêmica. Relatou que todos os dias se preocupava sobre o fato de não estar empregada. Em uma das sessões disse: “Fiquei muito triste hoje porque me peguei pensando novamente que não sei se estou disposta a trabalhar. Sinto-me inútil e desmotivada. Penso que não serei capaz de trabalhar todos os dias. Parece que não tenho a energia para assumir qualquer responsabilidade” (sic). Sobre a faculdade, disse que sua capacidade de concentração era baixa e isso a atrapalhava tanto em sala de aula como nos trabalhos que eram propostos para realizar em casa: “tem dias que não consigo me concentrar nem [por] 15 minutos” (sic).

Na segunda sessão a participante faltou. Relatou posteriormente que naquela semana não conseguiu sair de casa. Faltou em vários compromissos e dormiu muito. Uma

sessão individual foi agendada para reposição do conteúdo com um dos terapeutas do grupo, antes da sessão seguinte.

Pode-se atentar para o baixo valor reforçador de atividades que requeriam repertórios comportamentais de enfrentamento por parte de A. Segundo relatos da participante, a frequência com que ficava em casa ou assistia TV era maior do que a de sair de casa ou praticar atividade física.

Participante D.

A principal queixa da participante identificada na entrevista inicial e nas sessões em grupo estava relacionada a uma sensação que a participante descreveu como “medo” (sic). Ao ser investigada, relatou ter medo de utilizar elevadores, de sentar-se na cadeira de dentista e quando lavava o cabelo. Em primeiro momento, disse que essas situações diferiam umas das outras. No entanto, o entrevistador observou que as sensações que D. sentia eram semelhantes nas situações descritas. A participante relatou ter a sensação de vertigem, como se estivesse caindo. Disse sentir que sentia grande aperto no peito e pensar que poderia morrer a qualquer momento. A sensação é de que algo a estaria sufocando. Relatou que o fato a incomodava extremamente. Quando falou sobre as situações acima, teve sensações semelhantes às das situações reais. Além disso, o entrevistador observou que D. checou as portas e janelas ao contar sobre a situação. Ela disse que quando adentrava locais fechados observava com grande frequência pela possibilidade de poder sair da situação. D. também experimentava sensação de claustrofobia, descrevendo como “aperto no peito” (sic), sudorese, taquicardia e boca seca. Diante disso, havia alta probabilidade de que deixasse o local.

Outra queixa era de, frequentemente, sentia-se muito triste ao lembrar-se do irmão que sofreu um acidente de carro há alguns anos, perto da época de natal. Quando a entrevista foi realizada era mês de outubro e D. relatou pensamentos e sensações que a

incomodavam, lembrando do irmão com frequência. Disse não conseguir comemorar o natal e que geralmente passava o mês de dezembro muito triste, com sensação de “vazio” (sic), o que a impedia de realizar algumas atividades. Contou que gostaria de “enfrentar seus medos” (sic), lidar melhor com a lembrança do irmão no grupo e utilizar elevadores (o filho havia comprado um apartamento).

Dentre as participantes, D. era a que tinha o maior histórico de crises de mania e depressão. Uma das hipóteses era de que tal condição pudesse ter interferido diretamente em sua capacidade de realizar alguns dos exercícios vivenciais no grupo.

Flexibilidade Psicológica

A seguir serão demonstrados resultados obtidos por meio da intervenção quanto à flexibilidade psicológica das participantes. A organização utilizada leva em conta os objetivos das sessões, divididas em dois momentos, segundo princípios da ACT e as estratégias que foram utilizadas para tal objetivo.

Momento 1 - Desfusão, Aceitação e Mindfulness.

- Metáfora do tabuleiro, descrito por Hayes (1999) (ANEXO VIII)
- Metáfora das nuvens (Chagas, 2013) (ANEXO IX)

Momento 2 – Valores e Metas Comportamentais.

- Quadro de Valores (ANEXO XIII), utilizado para descrição de valores e objetivos
- Questionário de Aceitação (ANEXO V), adaptado a partir do AAQ-II pela equipe para utilização no programa

Desfusão, Aceitação e Mindfulness.

Um dos objetivos centrais desse momento da intervenção foi elencar tentativas passadas de controle de sentimentos e pensamentos, bem como detectar as fontes de fusão causadoras de sofrimento para as participantes. Esses objetivos compõem as primeiras fases da ACT, citadas anteriormente.

as participantes tentavam se livrar desses encobertos frequentemente, o que poderia ser indicativo de esquiva experiencial.

Dessa forma, a desfusão foi trabalhada por meio de recursos previamente selecionados para a intervenção. Dentre eles a metáfora do tabuleiro de xadrez (Hayes, 1987) e a metáfora das nuvens no céu, descrita em Chagas (2013). Por meio dessas metáforas foi possível trabalhar a separação do comportamento das próprias participantes (o “Eu como contexto”, umas das metas da ACT). Cabe salientar a importância de aproveitar verbalizações e outros comportamentos que ocorrem dentro de sessão, para clarificar sempre que possível, a distinção entre aceitação e controle. Tentou-se criar um contexto onde a aceitação de encobertos era privilegiada. Em muitos momentos as participantes foram convidadas, através de perguntas por parte da equipe, a analisar seu comportamento e distingui-los entre aceitação ou controle. As mudanças observadas ao longo das sessões, como o aumento na frequência em que as participantes traziam situações extra-grupo para análise em sessão, deram indicativos de que essa abordagem facilitou a fase de desfusão cognitiva.

Duas das participantes, A. e M., relataram que conseguiram realizar novas atividades mesmo na presença de sensações incômodas ou de desânimo. Principalmente para A., observou-se que esse tipo de recurso resultou diretamente em maior exposição a situações. A participante conseguiu sair de casa para entregar currículos e resolver pendências: “Ontem consegui sair de casa e fui ao fórum. Resolvi algumas coisas e depois pensei em ir para casa porque já havia feito muito naquele dia [...] Percebi que na verdade quando pensei isso era porque tinha que resolver outra coisa no centro, mas já estava me esquivando da situação [...] Disse a mim mesma que poderia fazer mesmo me sentindo cansada e desanimada... Além disso, estava perto do local. Quando consegui resolver tudo

que tinha para resolver, senti uma sensação muito boa, de capacidade, acho que isso tem tudo a ver com o grupo” (sic).

Os terapeutas analisaram a situação em conjunto com as participantes e enfatizaram a importância de se expor às situações e ficar sensível às consequências positivas do momento. Tal condição foi citada como exemplo de aceitação de eventos encobertos em prol de valores e metas e, a partir dela, as outras participantes passaram a expor verbalmente situações que poderiam ser definidas como aceitação. D. relatou que muitas vezes precisava dirigir para algum lugar da cidade e sentia-se com “muito medo” (sic) em relação ao trânsito e que, mesmo assim, realizava a atividade. De acordo com o que foi observado na intervenção, oportunidades como essa, em que situações são descritas momento a momento e diferenciadas entre aceitação ou controle, podem ter facilitado a compreensão de conceitos e princípios, colocando-os a serviço de valores e metas do próprio indivíduo.

Esse modelo de descrição foi utilizado durante a intervenção porque a equipe observou que D. apresentava um repertório limitado para compreender metáforas e relacioná-las com eventos. Após discussão com a equipe (terapeutas, psiquiatras e supervisores), pôde-se relacionar tal condição com o número de crises e internações anteriores da participante. Segundo informações da psiquiatria, a participante poderia ter sinais de danos neurológicos devido ao grande número de crises. Ao aplicarmos metáforas em intervenções da ACT, deve-se atentar para características que possam dificultar a efetividade das mesmas, como grau de escolaridade, características biológicas e repertórios comportamentais deficitários. Isto evidencia a necessidade de avaliação de repertório comportamental do indivíduo relacionado à compreensão de metáforas para a participação de atividades que incluem metáforas.

Nesse caso, foi importante para o terapeuta ter um repertório flexível na condução das atividades anteriormente programadas. Cabe ressaltar que o objetivo não seria discutir se a interpretação dada à metáfora seria certa ou errada, mas que tal condição servisse de subsídio para a mudança comportamental. Se determinado participante não tem repertório para compreender metáforas, seria importante que o profissional selecionasse outra alternativa de atuação. Isso pode ser feito por meio da análise funcional do repertório do participante. É necessário que o terapeuta encontre maneiras de intervir de forma a atingir os objetivos de aceitação e desfusão.

Valores, Metas e Ação com Compromisso.

Nas duas últimas sessões, o foco da intervenção foi discutir os valores e as metas de cada participante. Para análise dos resultados foram selecionados as atividades Quadro de Valores (ANEXO XIII) e o Questionário de Aceitação (ANEXO V). Os recursos foram escolhidos com o objetivo de colocar as participantes em contato com seus valores e metas de maneira ilustrativa. E, simultaneamente, colocar seus comportamentos a serviço desses valores.

Quadro de Valores.

A seguir serão apresentados os resultados obtidos por meio da atividade Quadro de Valores (ANEXO XIII) descrita anteriormente na Sessão 5. Os Quadros 5, 6 e 7 apresentam os dados de cada participante.

Meus Valores	Barreiras para alcançar minhas metas
Ser uma mãe exemplo	Demoro para expor minha opinião
Olhar mais para mim mesma	Não há diálogo com meu marido
Investir em cuidados pessoais	Valores familiares dificultam minha mudança

Minhas Metas	O que fazer para alcançar minhas metas
Cuidar de minha saúde indo ao médico e tomar medicamentos corretamente	Ir ao médico regularmente Continuar com psicoterapia Aprender a dizer não quando necessário Fazer exercício de respiração consciente sempre que preciso

Quadro 5 - Relatos da participante M.

O Quadro 5 demonstra que a participante M. citou “Ser uma mãe exemplo”, “Olhar mais para si” e “Investir em cuidados pessoais” como seus valores principais. Tais respostas estão de acordo com os objetivos citados por ela em entrevista inicial, sobre o que esperava melhorar com o grupo. Ao longo das sessões M falou, em vários momentos, sobre a importância de “ter um tempo para si” (sic). Explicou que esse era seu objetivo principal porque “vivia muito em função de outras pessoas” (sic). Tal verbalização provavelmente estaria relacionada ao que ela relatou em grupo sobre como sua família e a família do marido dependiam de seus cuidados diários. Segundo M, um dos papéis principais do grupo seria o de poder trocar experiências com outras pessoas em condição parecida e ter tempo para analisar suas próprias experiências, coisa que não conseguia cotidianamente. Durante a intervenção, buscou-se focar sobre o valor “Olhar mais para si”. A partir dele, metas comportamentais específicas foram selecionadas com a ajuda do grupo. Esse processo de operacionalização buscou facilitar a compreensão de metas (ver Quadro 5).

Meus Valores	Barreiras para alcançar minhas metas
Ser uma ótima profissional	Pensamentos de incapacidade

Ter um estilo de vida mais saudável	Nervosismo e ansiedade em atividades acadêmicas
Tratar melhor minha família	Sentimento de desânimo
	Falta de disciplina
	Comer demais
Minhas Metas	O que fazer para alcançar minhas metas
Terminar a faculdade	Tratar sentimentos e pensamentos com aceitação
Praticar atividade física	Dirigir atenção não julgadora aos meus pensamentos e sentimentos
Trabalhar	Ter uma rotina de estudos
Ter uma dieta balanceada	Programar um horário para levar o cachorro para passear e aproveitar esse tempo para caminhar

Quadro 6 - Relatos da participante A.

No Quadro 6, observa-se que a participante A. descreveu como valores “Ser uma ótima profissional”, “Ter estilo de vida mais saudável” e “Ser uma pessoa melhor para minha família”. Tais valores também estariam de acordo com o que se observou na entrevista inicial. Além disso, A. verbalizou diversas vezes no grupo sobre sua vontade de investir na área profissional e em sua saúde, principalmente realizar atividades físicas. Tal condição também se repetiu na confecção de seu quadro de valores. A cliente elencou como metas “Terminar a faculdade”, “Praticar atividade física” e “Ter uma dieta balanceada”. Outro aspecto importante foi que a participante identificou como barreira para ir em direção a seus objetivos, os sentimentos de incapacidade e o desânimo, citados

com frequência pela participante desde a entrevista inicial. A. colocou como maneira de alcançar suas metas “Tratar sentimentos e pensamentos com aceitação” e “Dirigir atenção não julgadora aos pensamentos e sentimentos”. Isso poderia indicar uma postura aberta e não julgadora da cliente em relação aos pensamentos e sentimentos indesejados, um dos pilares da intervenção baseada na ACT.

Meus Valores	Barreiras para alcançar minhas metas
Ser uma boa mãe para meus filhos	Relacionamento difícil com minha mãe
Cultivar amizades verdadeiras	Falta de compromisso
Investir no trabalho	Ter lembranças ruins do passado
Encontrar um amor verdadeiro	Ter lembranças da morte do irmão durante o natal
Ser próximo de minha família	
Minhas Metas	O que fazer para alcançar minhas metas
Cuidar da minha saúde	Poupar dinheiro
Pagar contas atrasadas	Ir ao médico regularmente
Subir de elevador sem medo	Tomar medicamentos corretamente
Ter uma ceia de natal feliz	Encontrar pessoas com valores semelhantes aos meus
	Subir de elevador aos poucos
	Reunir a família em uma reunião para resolver algumas questões

Quadro 7 - Relatos da participante D.

No Quadro 7, observa-se que a participante D. selecionou valores sobre a família, relações interpessoais e trabalho assim como as outras participantes.. Elencou como

valores “Ser uma boa mãe para meus filhos”, “Cultivar amizades verdadeiras” e “Investir no trabalho”. No caso de D. seus valores também estariam relacionados diretamente à sua história de vida. No grupo, relatou situações de pessoas que se aproveitaram dela em algum momento da vida e como isso a afetou. O trabalho era uma fonte de satisfação pessoal, mas quando veio para a primeira sessão do grupo, tinha sido afastada recentemente de sua função por motivos de saúde. Nas duas últimas sessões relatou que a realocaram no trabalho, mas em outro setor. Isso a deixava extremamente triste. Relatou que gostaria de investir mais na área profissional porque conseguiria fazer mais coisas e aprender outras habilidades. No campo “O que fazer para alcançar minhas metas”, a cliente relacionou que precisaria “tomar medicamentos corretamente” e “ir ao médico regularmente”. Ademais, citou como meta “subir de elevador aos poucos”, queixa recorrente.

O foco nos valores das participantes é elemento primordial para intervenções baseadas nos princípios da ACT porque colocam seus comportamentos a serviço de valores e objetivos. Isso é especialmente importante porque em terapia os clientes provavelmente entram em contato com eventos aversivos de menor ou maior magnitude (Torneke, 2010). Portanto, é importante que saibam que esse tipo de exposição, que a princípio pode ser dolorosa, faz parte do tratamento. Essas situações devem ser analisadas e compreendidas sob a perspectiva de aceitação e abertura. A partir disso, o cliente é capaz de enfrentar situações que podem ser aversivas, mas que podem trazer resultados positivos quanto ao aumento de flexibilidade psicológica (Hayes, 1999).

Questionário de Aceitação.

As respostas ao Questionário de Aceitação apresentam dados relacionados a questões que abordam a esQUIVA experiencial e valores como “Tenho medo dos meus sentimentos”; “Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos”; “Meus sentimentos causam problemas em minha vida” e “Sentimentos e memórias dolorosas me impedem de

viver a vida que eu gostaria” e “Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito”.

A seguir serão apresentadas os Quadros 8, 9, 10, 11 e 12 contendo as respostas das participantes ao Questionário de Aceitação (ANEXO V) no pré e pós-teste, bem como a verbalização da participante em relação referido item.

A) TENHO MEDO DOS MEUS SENTIMENTOS

	Pré-Teste	Pós-Teste	Verbalizações
Participante M	5. Muito verdadeiro	2. Pouco verdadeiro	“O grupo me ajudou a diminuir o medo que tenho de sentir as coisas. Consigo lembrar de situações que antes me fariam muito mal. Isso me ajuda a seguir em direção aos meus objetivos.”
Participante A	5. Muito verdadeiro	4. Verdadeiro	“Ainda tenho medo dos meus sentimentos às vezes. Acho que no grupo trabalhamos muito acerca disso, de que podemos sentir medo das coisas e ainda sim fazer o que estamos dispostos a fazer.”
Participante D	5. Muito verdadeiro	4. Verdadeiro	“Acho que tenho medo dos meus sentimentos ainda. Às vezes estamos

mal e isso atrapalha. O grupo ajudou nisso, mas tem coisas que ainda são difíceis de lembrar e não quero”

Quadro 8 - Item “Tenho medo dos meus sentimentos” do Questionário de Aceitação”.

Em relação ao item “Tenho medo de meus sentimentos”, uma das participantes relatou que a intervenção auxiliou na diminuição do medo em sentir coisas indesejáveis. As outras duas clientes disseram que, apesar de ainda terem medo de lembranças e sentimentos desagradáveis, seriam capazes de seguir em direção a seus objetivos.

B) EVITO REALIZAR TAREFAS POR CAUSA DOS MEUS SENTIMENTOS

	Pré-Teste	Pós-Teste	Verbalizações
Participante M	5. Muito verdadeiro	2. Pouco verdadeiro	“No grupo trabalhamos muito isso de que podemos sentir o que sentimos, mas o importante é seguir em frente para conseguir o que queremos alcançar, nossos objetivos. Acho que foi um aspecto muito importante do grupo.”
Participante A	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Essa foi uma das coisas que trabalhamos muito no grupo, de fazer as coisas mesmo quando estamos mal ou desanimados. Vejo

			que melhorei nesse aspecto, estou conseguindo fazer mais coisas em minha vida. Claro que sempre tem dificuldades. Quero me organizar para conseguir começar a fazer atividade física, isso é muito difícil para mim.”
Participante D	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Ainda deixo de fazer coisas porque tenho medo. No grupo consegui diminuir um pouco isso, mas ainda tenho muito medo de elevador, por exemplo.”

Quadro 9 - Item “Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos”.

Quanto ao item relacionado a “Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos”, as participantes M. e A. relataram a importância de realizar tarefas mesmo quando haviam sentimentos e pensamentos indesejáveis. Esse pode ser um indicativo de flexibilidade psicológica, principalmente para A., que relatou muitas vezes que um de seus maiores problemas era realizar tarefas cotidianas. Atribuiu tal condição ao “desânimo” que sentia. A participante D. relatou que deixava de fazer coisas porque sentia medo. No entanto, relatou em sessão, que no grupo conseguiu trabalhar melhor esse aspecto. Pode-se observar também uma redução no escore do pré para o pós-teste (de 5 para 3), o que pode corroborar com dados relacionados a melhora terapêutica.

C) MEUS SENTIMENTOS CAUSAM PROBLEMAS EM MINHA VIDA

	Pré-Teste	Pós-Teste	Verbalizações
Participante M	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Acho que ainda causam problemas. Tem coisas que ainda são difíceis de enfrentar. [...] No grupo tivemos a oportunidade de lidar com isso e foi muito importante para mim.”
Participante A	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Olha, ainda tem coisa que é difícil de pensar ou sentir. Mas o que aprendi com vocês [no grupo] que isso é normal, a diferença está em poder fazer as coisas mesmo com esses sentimentos e pensamentos.”
Participante D	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Ainda causam muitos problemas sim. Mas a gente tenta cada vez mais enfrentar isso.”

Quadro 10 - Item “Meus sentimentos causam problemas em minha vida”.

Quanto ao item “Meus sentimentos causam problemas em minha vida”, todas as participantes responderam que os sentimentos ainda causavam algum tipo de problema em suas vidas. No entanto, em relação ao score, houve melhora do pré para o pós- teste para todas as participantes. Além disso, duas delas citaram o contexto de grupo como

oportunidade para trabalhar e melhorar tal aspecto, o que pode sugerir que a intervenção incidu sobre ele.

D) SENTIMENTOS OU MEMÓRIAS DOLOROSAS ME IMPEDEM DE VIVER A
VIDA QUE EU GOSTARIA

	Pré-Teste	Pós-Teste	Verbalizações
Participante M	5. Muito verdadeiro	2. Pouco verdadeiro	“Percebo que isso diminuiu bastante. Acho que no grupo falamos muito disso. [...] De que as coisas que sentimos ou pensamos elas estão sempre ali, a diferença é sentir-se capaz de lidar com elas e realizar seus objetivos mesmo assim. Minha opinião é de que isso foi uma das coisas mais importantes do grupo.”
Participante A	5. Muito verdadeiro	3. Mais ou menos verdadeiro	“Eu sei que muitas vezes temos que fazer mesmo sem ter vontade, ou quando a gente se sente mal ou incapaz. Mesmo assim, acho que ainda eles me impedem de viver a vida que gostaria de alguma maneira. [...] Hoje me sinto mais capaz de

			fazer as coisas, mas ainda preciso aprender a lidar melhor com o que sinto muitas vezes.”
Participante D	4. Verdadeiro	1. Nada verdadeiro	“Eu acho que não impedem muito. Eu faço minhas coisas sempre, tento não depender de ninguém. [...] Às vezes eu tenho medo de pegar o carro, mas eu faço. Dirijo de um lado para o outro, ligo uma música e vou.”

Quadro 11 - Item “Sentimentos ou memórias dolorosas me impedem de viver a vida que eu gostaria”.

No item “Sentimentos ou memórias dolorosas me impedem de viver a vida que eu gostaria”, todas as participantes relataram diminuição no quanto os sentimentos e memórias dolorosas as impediam de viver a vida que gostariam. Todas as participantes tiveram verbalizações similares que denotaram desfusão em relação a conteúdos cognitivos. Em suma, os sentimentos não precisam ser modificados para que seja possível seguir em direção às coisas que almejam. Na escala, observou-se melhora em todos os escores do pré para o pós-teste.

E) VIVO UMA VIDA QUE ESTÁ DE ACORDO COM OS VALORES QUE ACREDITO

	Pré-Teste	Pós-Teste	Verbalizações
Participante M	4. Verdadeiro	5. Muito verdadeiro	“Levar a vida de acordo com seus valores é algo muito importante. A gente

			<p>precisa ir atrás do que acredita, mesmo que precisemos enfrentar algumas coisas que não são boas. [...] Pra mim foi um dos pontos mais importantes do grupo, acho que trabalhamos muito em cima disso. [...] Achei muito importante e vou aplicar isso em minha vida.”</p>
Participante A	4. Verdadeiro	4. Verdadeiro	<p>“Eu preciso melhorar. Preciso fazer mais coisas que me levem em direção aos meus valores e objetivos na vida. Melhorei com o grupo e com as coisas que aprendemos, mas tem sempre o que melhorar. Tem alguns objetivos como ser uma pessoa mais saudável e trabalhar, que quero muito alcançar. [...] Em relação ao grupo, achei essa parte muito importante. Fizemos várias atividades para saber o que poderíamos fazer para alcançar as coisas que queremos... pra</p>

			mim foi essencial”
Participante D	3. Verdadeiro	5. Muito verdadeiro	“Eu acho que vivo a minha vida de acordo com o que acredito, com os valores da gente. [...] No grupo a gente viu muito isso, foi muito bom.”

Quadro 12 - Item “Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito”.

O item “Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito”, foi o único item que considerou aumento do escore no pós-teste como indicativo de melhora. Isso porque estaria relacionado ao quanto o participante conseguiria seguir sua vida pautada em valores. Quanto mais verdadeira a afirmação, mais fundamentada em valores estaria. As participantes M. e D. responderam como “Muito verdadeiro” (5 na escala) a afirmação, um aumento em relação ao pré-teste. A participante A. manteve o mesmo escore do pré para o pós-teste, marcando “Verdadeiro” (4 na escala). Todas relataram que a parte da intervenção focada em valores foi uma das coisas mais importantes tratadas no grupo. Além disso, pode-se observar nas verbalizações das participantes M. e A., que ambas falaram sobre a importância de seguir em direção a seus valores.

O Questionário de Aceitação teve como um dos objetivos facilitar a coleta de relatos dos clientes sobre sua postura frente a conteúdos cognitivos. O AAQ-II, instrumento utilizado como base para o questionário, é utilizado na mensuração de tais conteúdos e tem sido implementado também pela capacidade em mensurar aspectos relacionados a esquia experiencial e flexibilidade psicológica (Scott & McCracken, 2015). Além disso, foi utilizado de forma que cada participante pudesse relatar sua experiência no grupo a respeito de cada afirmação. Dessa maneira, foi possível coletar outros indicativos além dos apontados por meio da escala Likert. Para analisar os

resultados, considerou-se que alguns dos processos da flexibilidade psicológica (como a aceitação e a ação baseada em valores); Especificamente nos exercícios descritos acima, foi possível observar a mudança desses aspectos após a intervenção.

De maneira geral, os itens A, B, C e D puderam fornecer dados sobre componentes da esQUIVA experiencial e a maneira que as participantes lidavam com conteúdos emocionais (i.e pensamentos e sentimentos). Já o item E estava relacionado à segunda parte da intervenção, focada em valores e metas. De acordo com as respostas obtidas na escala do questionário, houve melhora em todos os escores no pós-teste em comparação com o pré-teste para todas as participantes. Isso pode indicar que a intervenção incidu sobre os aspectos previstos nos objetivos do programa: diminuição da esQUIVA experiencial, aumento do foco nos valores dos clientes e maior flexibilidade psicológica. Ademais, as verbalizações das participantes corroboraram com essa hipótese, pois, todas as participantes relataram maior flexibilidade ao lidarem com eventos aversivos e de se sentirem capazes para alcançar objetivos e metas comportamentais baseadas em valores, em diferentes momentos da intervenção, como já descritos anteriormente.

Conclusão e Considerações Finais

Os resultados obtidos por meio da intervenção podem ser analisados sob a luz do objetivo principal da ACT, a flexibilidade psicológica. Tal conceito foi escolhido para a análise dos resultados como modo de integrá-los sob a mesma perspectiva de melhora terapêutica.

De acordo com os objetivos propostos pela intervenção, foi possível observar comportamentos das participantes que denotam certo grau de flexibilidade psicológica como:

- Ser capaz de identificar comportamentos ligados à tentativa de controle de encobertos;

- Notar que ao tentar controlar sentimentos e pensamentos, intensifica o problema (apesar de eliminá-lo a curto prazo);
- Verificar que não há controle sobre sentimentos: eles aparecem com ou sem o consentimento das participantes;
- Detectar conteúdos encobertos como parte da experiência do eu enquanto eventos passageiros e não como verdadeiros e parte da personalidade;
- Identificar que sentir e pensar faz parte da experiência, mas são distintos do Eu como perspectiva;
- Elencar objetivos e identificar valores condizentes com o que aprecia na vida;
- Identificar e traçar ações concretas para alcançar objetivos e estar de acordo com valores pessoais;
- Comportar-se em diferentes ambientes para sentir mudança (ao contrário de esperar os sentimentos mudarem para se comportar);
- Praticar a atenção plena como forma de aumentar a flexibilidade psicológica;
- Ter um momento do dia para a prática de atenção plena;

De maneira geral, todas as participantes obtiveram êxito na maioria dos aspectos descritos acima. Em relação a praticar atenção plena como maneira de aumentar flexibilidade psicológica e ter um momento do dia para praticar atenção plena, apenas a participante M relatou tais comportamentos. As participantes A e D praticaram atenção plena ao longo das sessões como parte da intervenção, porém relataram dificuldade em realiza-la como parte de suas rotinas.

Foi possível observar, por meio dos instrumentos, indicativos de redução nos sintomas das três participantes, principalmente para depressão. Apesar da ACT não almejar reduzir sintomas diretamente, esse efeito foi observado em outras pesquisas e pode sinalizar um efeito secundário de intervenções ACT que necessita de maior investigação

(Scott & McCracken, 2015; Thorsell et al., 2011). Além disso, no instrumento WHOQOL-Bref, para qualidade de vida, observou-se aumento nos escores dos domínios físico e de relações sociais para todas as participantes. Não sabe-se ao certo de que maneira o programa incidiu sobre esses dois domínios. Pode-se hipotetizar que, para as relações sociais, pode ter desempenhado alguma melhora. Isso porque a intervenção em grupo propiciou um ambiente para discutir repertórios interpessoais em alguns momentos (e. g. discussão de situações cotidianas e como reagir com elas) e também pelo relato das participantes, que salientaram o aspecto social do grupo durante *feedback* (sessão 5).

Portanto, os dados obtidos por meio da intervenção parecem indicar que a Terapia de Aceitação e Compromisso pode ser benéfica para pessoas com diagnóstico de Transtorno Afetivo-Bipolar que estejam em eutimia ou depressão leve. Isso porque a ACT pode ser adaptada levando em consideração os princípios fundamentais de sua filosofia e não necessariamente em formato de protocolo fixo, o que denotou flexibilidade para elaboração de novas estratégias para essa população.

Outro aspecto a ser levado em conta é a importância da supervisão, após cada sessão de intervenção, ao longo de todo processo. A participação da equipe em discussões relacionadas ao atendimento no grupo possibilitou a programação de estratégias adaptadas às necessidades específicas de cada participante. Nesse processo, buscou-se identificar variáveis que poderiam incidir sobre a intervenção e o repertório comportamental de cada cliente como o padrão relacionado de habilidades sociais, compreensão de tarefas e atitudes frente a eventos encobertos.

Não obstante, cabe salientar a importância do repertório dos terapeutas para manejar intervenções em grupos. Essa é uma variável que pode colaborar para a efetividade das estratégias programadas. Portanto, o terapeuta deve também adotar uma postura de aceitação e abertura para com os participantes e si mesmo, e investir em sua

relação pessoal com os membros do grupo e equipe. Ainda, estar atento aos antecedentes e consequências de seu comportamento e sua relação constante e direta com o comportamento dos participantes para que seja possível construir uma relação promotora de mudanças duradouras.

Apesar das limitações metodológicas do presente estudo quanto à sua abrangência em número de participantes e ausência de *follow-up*, a ACT demonstrou potencial para lidar com transtornos psiquiátricos como o TAB. Pesquisas envolvendo participantes com esse diagnóstico, adaptadas à população brasileira, são encorajadas e podem contribuir para o desenvolvimento de tecnologias e programas cada vez mais eficazes e completos.

Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (2000). Aspectos gerais de escalas de avaliação de ansiedade. Em C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.), *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 139-144). São Paulo: Lemos.
- Bishop, S. R et al. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*; Autumn 2004; 11, 3.
- 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 experiential avoidance*. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Chagas, Guilherme & Moriyama (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Acta Comportamentalia* Vol. 21, Núm. 4 pp. 495-508.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação, 26(Supl III), 47–50.
- 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.
- Dougher, M. J. (2000). *Clinical behavior analysis*. Reno, NV, US.
- Figueiredo, Â. L., de Souza, L.; Dell'Áglio, J. C., Argimon, I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XI, nº 1, 15–24.
- Fountoulakis KN, Vieta E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008 Nov;11(7):999-1029. doi: 10.1017/S1461145708009231. Epub 2008 Aug 28. Review.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L. & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Goodwin, F. K. & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Hayes, S.C. (1987). A Contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford, 1987, p. 327-387.

- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. O. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. 2005 (p. 467).
- Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Needham Heights.
- Kenny, M. a, & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to *Mindfulness*-based Cognitive Therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617–625. *Neuropsychopharmacology*, 11, 999-1029.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Journal of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Mussi, S.V., Soares, M.R. & Grossi, R. (2013). Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob Enfoque da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, vol XV, 2, 45-63.
- Pelegrinelli, K. B. (2010). *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in *Mindfulness*-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(7), 338–43.
- Perlick DA, Rosenheck RR, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*.
- Saban, M. T. (2011). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André: ESETes.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 12), 7-10.
- Scott, J., Colom, F., 2005. Psychological treatment for bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 28, 371–384.
- Scott, W., McCracken, L. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology* vol. 2 p. 91-96
- Skinner, B. F. (1965) . *Science and Human Behavior*. New York/London: Free Press/Collier MacMillan. Publicado originalmente em 1953.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Thorsell, Jenny; Finnes, Anna; Dahl, JoAnne; Lundgren, Tobias; Gybrant, Maria; Gordh, Torsten; Buhman, Monica (2011). A Comparative Study of 2 Manual-based Self-Help Interventions, Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation, for Persons With Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*: October 2011, v27, Issue 8, p. 716–723.

- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28:551-558.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386–393.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos?. *Boletim Contexto* n. 34.
- Weber, B. B., Jermann, F. F., Gex-Fabry, M. M., Nallet, a a, Bondolfi, G. G., & Aubry, J. M. J. (2010). *Mindfulness*-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European psychiatry the journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(6), 334–337.
- Williams, J. M. G. J., Alatiq, Y. Y., Crane, C. C., Barnhofer, T. T., Fennell, M. J. V. M., Duggan, D. S. D., ... Goodwin, G. M. G. (2008). *Mindfulness*-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275–279.
- Wilson, K.G & Murrell, A.R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy. In: S.C. Hayes, V.M. Follette, M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*, Guildford Press, New York (2004), pp. 121–151
- Zaretsky, A. E., Rizvi, S. & Parikh, S. V. (2007). How well psychosocial interventions work in bipolar disorders? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 14-21.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“Avaliação de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em um grupo de pacientes com Transtorno Afetivo-Bipolar”.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Avaliação de um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso em um grupo de pacientes com Transtorno Afetivo-Bipolar.”**, realizada em **“Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina”**. O objetivo da pesquisa é **“avaliar o impacto deste estudo na vida de pacientes diagnosticados bipolares”**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: responder questionários de avaliação ao longo do processo de intervenção, participar de forma ativa no grupo - opinando, compartilhando informações, consultando o terapeuta responsável sobre eventuais dúvidas sobre o grupo. **As sessões e entrevistas serão gravadas pelo terapeuta em áudio e vídeo**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Suas respostas aos questionários de avaliação bem como as sessões gravadas serão confidenciais. Portanto, sua identidade será preservada. Os questionários serão queimados após a utilização deles para o estudo e as gravações das sessões deletadas.

Os benefícios esperados com o grupo são: redução dos sintomas nas fases maníacas e depressivas do transtorno bipolar, aumento na capacidade para lidar com esses sintomas, maior conhecimento acerca do transtorno bipolar e aumento na qualidade de vida em geral.

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

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar Dra. Maria Rita Zoéga Soares e Dainon Eric de Souza, Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, Caixa Postal 6001, CEP 86051-970, Londrina - Paraná, (43) XXXXXX ou (43) XXXXXX, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Av. Robert Kock, nº 60, telefone (43) 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2014.

Pesquisador Responsável:

Dainon Eric de Souza

RG: 94883202 SSP-PR_____

_____ (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:_____

Obs: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, deve ser incluído o campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXO II

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 nessa 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 palavra, 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 pontual 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. Você tem se sentido especialmente auto-crítico 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 e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou você estaria melhor morto? Ou pensamento de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensando 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 pra 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 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: Porque? 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, relacionando 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 trabalho ou atividade)

3- diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital marcar 3 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: com 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? Quando tempo ou com que frequência você os teve?

Nota: Não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

ANSIEDADE SOMÁTICA:

Concomitantemente 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 na 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 do abdome
- 2- dificuldade de comer se não insistirem; solicita ou exige laxativos ou medicações para o intestino 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, cefaléia, mialgias; perda de energia e cansaço

2- qualquer sintoma bem nítido e caracterizado 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 pensando 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 pensando muito? Se não, isso é pouco habitual para você?

SINTOMAS GENITAIS:

Sintomas como perda de libido, distúrbios menstruais

0- ausente

1- leves

2- intensos

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento do 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 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, a necessidade de repouso, etc.

2- nega estar doente

ANEXO III

Young mania rating scale (YMRS) /Entrevista

Tradução, adaptação, modificação e elaboração de catálogo de definições de sintomas com roteiro de entrevista semi-estruturada 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 regra. Pontuação entre os escores fornecidos (ponto inteiro ou no 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 auto-confiante? 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 de energia e atividade motora

Como tem estado sua energia nesta última semana? Você teve momentos em que se sentiu como energia em excesso? Sentiu-se inquieto(a) ou agitado(a)? Você tem estado mais ativo(a) que o atual? 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? Tem estado mais ativo(a) sexualmente do que o habitual? Tem tido algum tipo de comportamento sexual na última semana?

0- normal; sem aumento

- 1- leve ou possivelmente aumentando
- 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 do que o habitual? Mesmo assim você se sente descansado(a) e bem disposto(a)?

- 0- não relata diminuição de 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
- 4- irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermagem
- 6- frequentemente irritável durante a entrevista
- 8- hostil, não cooperativo; entrevista impossível

6. Discurso (velocidade e quantidade)

Na última semana você tem estado mais falando 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 para de falar? Uma vez que você começa a falar, tem tido dificuldade em parar?

- 0- sem aumento
- 2- sente-se mais falante
- 4- aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos
- 6- aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper
- 8- pressão de discurso, ininterruptível, discurso contínuo.

7. Distúrbios de linguagem-pensamento

Na última semana, você notou que seus pensamentos estão mais rápidos 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; perda 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 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

2- planos questionáveis, novos interesses

4- projetos especiais, hiper-religiosos

6- ideias grandiosas ou paranóides; ideias de referência

8- 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

2- sarcástico; fala alto às vezes; vigilante

3- querelante; faz ameaças na enfermaria

6- ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil

8- agressivo; destrutivo; entrevista impossível

10. Aparência

O quanto cuidou de sua aparência nesta última semana? Alguém achou você mal vestido(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 a 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 IV

WHOQOL-BREF (Questionário desenvolvido pelo Grupo WHOQOL – Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, 1992)

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 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 **duas últimas semanas**, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio que necessita?

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio que necessitou nestas duas últimas semanas. Portanto, você deve circular o 4 se for “muito” apoio. Você deve circular o 1 se você recebeu “nada” de apoio.

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

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5. O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Quão saudável é seu ambiente físico?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13. Quão disponíveis estão para você as informações que você precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14. Em que medida você tem a oportunidade de atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16. Quão satisfeita você está com seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17. Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18. Quão satisfeita você está com sua capacidade de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19. Quão satisfeita está consigo mesma?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20. Quão satisfeita está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21. Quão satisfeita está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22. Quão satisfeita está com o apoio que recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23. Quão satisfeita está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24. Quão satisfeita está com seu acesso a serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25. Quão satisfeita está com seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO- ACT

NOME: _____

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.

| 1 2 3 4 5 |

2. Evito realizar tarefas por causa de meus sentimentos.

| 1 2 3 4 5 |

3. Meus sentimentos causam problemas em minha vida.

| 1 2 3 4 5 |

4. Sentimentos 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 valores que acredito.

| 1 2 3 4 5 |

ANEXO VI

METÁFORA DO POLÍGRAFO

Imagine isto. Suponha que tivesse amarrado você a um polígrafo muito sensível. É uma máquina tão refinada que simplesmente não há maneira de você ficar ansioso sem que eu saiba. Agora imagine que eu lhe tenha dado uma tarefa muito simples: não sentir-se ansioso. Porém, para ajudá-lo a motivar-se eu pego um revólver. Eu lhe digo que para ajudá-lo nesta tarefa segurarei o revólver contra sua cabeça. Enquanto você não ficar ansioso não atirarei em você, mas se você ficar, eu atirarei. Você pode ver o que acontecerá?

CLIENTE: Com certeza eu levarei um tiro.

TERAPEUTA: Correto. Não há maneira de você seguir esta regra. Se é fundamental não estar ansioso, adivinha como você estará?. Esta não é uma situação remota. É exatamente a situação em que você está agora. Em vez de um polígrafo, você tem algo muito melhor: seu próprio sistema nervoso. Em vez de um revólver, você tem sua própria auto-estima ou seu sucesso na vida, aparentemente, na linha de fogo. Então, imagine como você estará?

Você não tem notado que a coisa mais deprimente que existe é tentar aniquilar sua própria depressão?. A raiva parece deixar você louco, a ansiedade deixa você ansioso. É uma armadilha. Estamos aplicando uma regra que funciona perfeitamente bem em uma situação à uma situação na qual a mesma é um desastre. E isto não acontece só com sentimentos. Suponhamos que você tem um pensamento que você não permite. De maneira que você tenta não pensá-lo. Isso funciona, não é?. Tente agora. Não pense em rosquinhas recheadas; não pense em carros de corridas; não pense em sua mãe. Adivinhe no que você pensa?

CLIENTE: Acredito que vejo o problema. Mas, qual é a alternativa? Ninguém poderia estar tão ansioso como eu e, ao mesmo tempo, estar calmo.

TERAPEUTA: Bem, uma coisa que você deveria notar é que você realmente não sabe como seria sentir ansiedade quando você não estivesse também tentando controlá-la. Seria como uma pessoa que tivesse gasolina pelo chão todo e estivesse convencida que o fogo é uma coisa horrível. No contexto da gasolina, é. Mas pode ser que não o seja em um outro contexto. Em outras palavras, quando a ansiedade não é mantida no contexto de tentativas deliberadas para controlá-la, a ansiedade pode funcionar de maneira muito diferente.

CLIENTE: Você quer dizer que se eu desejar estar ansioso, a ansiedade irá embora?

TERAPEUTA: Eu não disse isso. Eu disse que poderia funcionar de maneira diferente. Se a ansiedade está presente ou ausente, isso é uma outra questão. Se você estar ansioso, uma de duas coisas acontecerão: ela irá embora... ou não.

CLIENTE: Muito engraçado.

TERAPEUTA: Não, olhe. Eu não estava tentando ser engraçado. Se você quisesse sentir-se ansioso para conseguir que a ansiedade fosse embora, então você NÃO ESTÁ querendo ser ansioso e a ansiedade não irá embora. Você não pode enganar a si mesmo. Este não é um truque. Se você deseja estar ansioso, então você estar ansioso. Quando você considera as coisas desta maneira, as únicas palavras para descrevê-las são: "Ou você estará ansioso ou não". Em outras palavras, o resultado não é mais a questão.

CLIENTE: Mas eu quero me ver livre de minha ansiedade.

TERAPEUTA: Realmente. E você age como se realmente se importasse, então, se você resistir, mais cedo ou mais tarde você terá o que quer. Sabe o que?. A realidade não importa. Sua experiência lhe diz que tentar livrar-se da ansiedade não funciona. De maneira que, no que você acreditará?. Suas crenças ou sua experiência?. Se você percebe

que você quer livrar-se da ansiedade a questão é: você toma isso de maneira literal?. Você vai seguir esta regra?. Se a resposta é afirmativa, você ficará paralisado. E claro, querer ver-se livre da ansiedade é também algo que simplesmente acontece - você não necessita controlar este pensamento ou sentimento. De maneira que eu não estou pedindo a você para que pare de querer livrar-se da ansiedade. Estou sugerindo que você não tome esse pensamento literalmente. Estou sugerindo que o nome da trama em que você está é "controle", e que se você continuar tentando livrar-se de seus pensamentos e sentimentos antes de progredir em sua vida, você continuará paralisado. Estou dizendo que a maneira como funciona é: "Se você não quer tê-lo, você o tem".

Em: HAYES. S.C. A Contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford, 1987, p. 327-387.

ANEXO VII

RESPIRAÇÃO CONSCIENTE

“Este exercício se chama Respiração Consciente. Com seus olhos fechados e numa posição confortável em sua cadeira, feche seus olhos... Sua consciência pode ir se desvinculando do ambiente externo. Do ambiente que é a sala onde você está, para seu próprio corpo. E enquanto você se concentra mais nos sons do ambiente, pode ouvir minha voz...

Eu gostaria que focasse sua atenção em sua respiração. [Breve pausa] Primeiro, lentamente, respire profundamente.. inspire... [Breve pausa] e expire [Breve pausa]. E de novo... Respire lentamente e profundamente, inspire... [Breve pausa] e expire [Breve pausa]. Agora, ao respirar, preste atenção ao sentir o ar entrando em seu corpo, através de suas narinas.. [pausa] apenas sinta a sensação do ar entrando... e saindo... do seu corpo. [PAUSA]

Note, se puder, o movimento de sua barriga, suas costelas, do seu peito... [PAUSA] Que partes do seu corpo se movem enquanto você respira? [PAUSA] Talvez você note que seus braços ou antebraços se movem pelo seu corpo ou pelas suas pernas, ou pela cadeira... [PAUSA] então apenas continue a respirar... inspire... [PAUSA] e expire [PAUSA]. E observe esse processo... As sensações e sentimentos ao apenas respirar. [PAUSA] E note que você pode continuar a permitir a respiração acontecer, enquanto sente e está ciente das sensações físicas que seguem esse processo.. [GRANDE PAUSA] E se sua mente começar a devagar, tomar interesse em algo que não faça parte dessa experiência, apenas gentilmente traga sua atenção de volta a alguma ou todas aquelas sensações físicas. [PAUSA] O ar passando pelas suas narinas, pelo céu da boca... por dentro de sua garganta.. e descendo ao seu peito... [PAUSA] Sinta seu estômago subindo e descendo... [PAUSA] As costelas se expandindo... [PAUSA] E todos os outros movimentos que acontecem em seu corpo enquanto você inspira... [PAUSA] e expira [PAUSA].

E se sua mente tem algo a dizer sobre este processo... ou quer te levar para outros pensamentos ou sentimentos, apenas agradeça a sua mente por estar aí... e coloque suas atenções novamente no processo de respirar [PAUSA]. E note que não há nada que você precisa fazer por essa respiração... Ela simplesmente acontece e você apenas está sentado observando ela acontecer. [PAUSA] E se sua mente tentar te levar a prestar atenção em outras coisas... outras preocupações... Você pode deixar essas preocupações e trazer de volta sua atenção à sua respiração. [GRANDE PAUSA]

E se você acha que deve continuar sentado observando sua respiração... Quando estiver pronto... você pode parar este exercício e ter uma pausa”.

ANEXO VIII

METÁFORA DO TABULEIRO DE XADREZ

Imagine um tabuleiro de xadrez que se estende indefinidamente em todas as direções. Neste tabuleiro temos uma série de peças de xadrez, de todas as cores. Para simplificar isto, concentremo-nos somente nas peças brancas e negras. Agora, no xadrez, espera-se que as peças se aliem com suas amigas para vencer suas inimigas. Assim, é como se as peças negras tentassem reunir-se e derrubar as peças brancas do tabuleiro e vice-versa.

Estas peças representam o conteúdo de sua vida: seus pensamentos, sentimentos, memórias, atitudes, predisposições comportamentais, sensações corporais, etc. E se você notar, elas realmente se reúnem. Por exemplo, as "positivas" podem aglomerar-se - você sabe, aquelas que dizem coisas como "Vou fazê-lo", etc. E as negativas também trabalham juntas. De maneira que você notará que os "maus" pensamentos estão associados a "más" lembranças, "maus" sentimentos, etc.

Agora, a maneira como usualmente tentamos trabalhar é considerando uma das equipes como "nossa equipe". É como se montássemos no lombo da rainha branca, e galopássemos para lutar contra as peças negras. Porém, há um grande problema com isso. Tão logo fazemos isto, grandes porções inteiras de nós mesmos são nossos próprios inimigos. Além disso, se é verdade que "se você não deseja tê-lo, você o tem, então à medida que você luta com as peças indesejáveis e tenta empurrá-las para fora do tabuleiro, elas aumentam, aumentam e aumentam de tamanho. E isso é, de fato, o que tem acontecido, não é? A ansiedade, por exemplo, tem ficado mais, e mais, e mais, o foco central de sua vida.

Dentro desta metáfora o triste é que quando você age como se somente parte de sua programação fosse aceitável, você deve, também, ir de quem você é até quem você não é. Para ser mais preciso ainda, você deve agir como se você não fosse quem você mesmo experiência que é. Você deve esquecer que, na última metáfora, você não é o computador. Dentro desta metáfora, você pode ver quem "você" é?

CLIENTE: Não sei. Sempre pensei que eu era as peças. Quem mais eu poderia ser?

TERAPEUTA: Bem, pense acerca disso.

CLIENTE: O tabuleiro?

TERAPEUTA: Sim. Você vê? .Você é o tabuleiro. Você é o contexto no qual todas coisas podem ser vistas. Se houvesse um pensamento, e ninguém para vê-lo, seria como se ele não estivesse lá, em absoluto. Agora você nota que um tabuleiro, enquanto está sendo um

tabuleiro, somente pode fazer uma de duas coisas: pode segurar o que é colocando sobre ele ou pode mover tudo, como quando você recolhe (apanha) o tabuleiro e o move no meio de um jogo. Note, também, que segurar as peças não requer esforço. Se o tabuleiro quisesse mover as peças continuamente, uma por vez, porém, ele teria que ir do nível de tabuleiro ao nível de peça. De maneira que se você fica no meio das peças a fim de movelas, você tem que esquecer que você é realmente o tabuleiro. E uma vez que você está no nível de peça, você tem que lutar, porque a esse nível outras peças parecem ameaçar sua própria sobrevivência. Isto é porque você não pode, logicamente, forçar você mesmo a não lutar com suas emoções. É uma causa perdida. O que você pode fazer é distinguir, à medida que você experiêcia, você mesmo dos eventos que está experienciando. Isto é, você pode ter certeza de que, de qualquer maneira você realmente está no nível de tabuleiro. A partir desse nível é possível observar a guerra entre seus próprios pedaços sem ser fisgado por eles - isto é, sem ter que tomá-los literalmente, ou sem ter que mudá-los antes que você possa controlar sua vida. É somente percebendo que você não tem controle sobre os pedaços e você não precisa ter controle sobre eles, que você pode ter controle sobre sua vida.

ANEXO IX

METÁFORA DAS NUVENS

“[...] Foram entregues aos participantes figuras de nuvens e pedido que escrevessem nelas alguns de seus pensamentos e sentimentos. Em seguida, solicitou-se que as dividissem em sentimentos ou pensamentos que classificassem como positivos e negativos. As terapeutas afirmaram que existiam diferentes tipos de nuvens: cinzentas e carregadas, brancas, grandes, pequenas, e questionaram aos participantes se haveria como classificá-las em boas ou ruins. Alguns participantes relataram que nuvens carregadas poderiam ser consideradas ruins. Entretanto, foi discutido que isso dependeria do contexto, por exemplo, em períodos de seca, nuvens carregadas poderiam ser consideradas como boas e bem-vindas. Da mesma forma, a classificação de sentimentos e pensamentos dependeria do que cada um aprendeu em sua história de vida e dos acontecimentos atuais. Além disso, os participantes foram questionados se as nuvens eram fixas ou variáveis e passageiras. Após concluírem que as nuvens eram variáveis e passageiras, esses mesmos questionamentos foram realizados sobre os pensamentos e sentimentos. Em seguida, foi solicitado que cada participante selecionasse apenas uma nuvem que o representasse. Alguns participantes elegeram somente uma nuvem e outros relataram que seria impossível representar a si mesmo com apenas uma delas, ou seja, um pensamento ou sentimento. Diante disso, as terapeutas questionaram quem ou o que os participantes seriam na Metáfora das Nuvens, levando-os a concluir, a partir de todas as reflexões anteriores, que seriam o céu, ou seja, o contexto que contém todas as nuvens. Portanto, os participantes continham uma série de sentimentos e pensamentos, bons ou ruins, mas não se resumiam a estes.”

Em: Chagas, Guilherme & Moriyama (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Acta Comportamentalia* Vol. 21, Núm. 4 pp. 495-508.

ANEXO X

INDO À SEU PRÓPRIO FUNERAL – QUAL A MENSAGEM QUE GOSTARIA DE DEIXAR PARA TRÁS?

Quando as pessoas morrem, o que fica para trás são o que elas acreditavam, seus valores. Pense em alguém que não está mais vivo e que você admira. Pense em seus heróis. Agora observe se não é verdade que o que eles deixaram de mais importante, após suas mortes, foram seus valores – aquilo que acreditavam. O que importa não são posses materiais ou dúvidas internas. Os valores refletidos em suas vidas são o mais importante. Você tem um certo tempo na Terra e não sabe quanto. A questão “Você vai viver, sabendo que irá morrer?” não é muito diferente dessas: “Você vai amar, sabendo que irá se machucar?” ou “Você vai se comprometer em viver a vida que valoriza sabendo que, muitas vezes, não irá atender as suas expectativas?” Ou então “Você almejará o sucesso sabendo que algumas vezes irá falhar?”. O potencial para sentir dor e o senso de vitalidade que ganha dessas experiências não podem ser separados. Se a sua vida será pautada em algo, é importante olhar para ela e pensar sobre o que você gostaria de deixar para trás como mensagem. Um dos pilares da esquivia é nossa consciência verbal de que a vida nesse planeta é finita. Reconhecemos que pode ser macabro imaginar o fim de sua vida. Não é para ser mórbido, mas realista. Se você pudesse viver sua vida da forma que imaginou, quais seriam os seus valores? Isso é, o que seria claro sobre a vida que você levou? Essa não é uma previsão, ou palpite, ou descrição. A questão não é sobre o que você já fez ou que espera fazer. Fazemos essa pergunta para que você observe o que espera que as pessoas mais próximas de você vissem sobre sua vida. A pergunta é: O que seria evidente se você pudesse escolher livremente os valores de sua vida? Como você gostaria de ser lembrada?

Em: Get out of your mind and into your life (Hayes, 2005, tradução do autor).

Pensando nisso, escreva seu epitáfio no espaço seguinte.

Aqui descansa

ANEXO XI

Tabela de Valores

Área	Direção dos valores	Importância	Sucesso	Rank
Família				
1.				
2.				
Relação				
1.				
2.				
Amizad				
1.				
2.				
Trabalh				
1.				
2.				
Saúde				
1.				
2.				
Aprendi-				
1.				
2.				

ANEXO XII

Escaneamento corporal (*body-scan meditation*)

Fique confortável em sua cadeira, com a postura ereta e os pés firmes no chão. Feche os olhos e preste atenção em minha voz.

Separe algum tempo para dirigir sua atenção aos movimentos de sua respiração. Quando estiver pronto, traga sua atenção para as sensações físicas de seu corpo. Especialmente em sensações de toque ou pressão. Veja onde seu corpo faz contato com a cadeira, por exemplo. Veja que suas costas e glúteos estão sendo pressionadas contra ela. Dirija sua atenção a essas sensações por um momento.

Agora, traga sua atenção para as sensações em seu abdômen. Enquanto você inspira e expira, dirija sua atenção para seu abdômen, veja como ele se movimenta quando você deixa o ar entrar ou sair.

Depois, leve sua atenção para suas extremidades. Qual é a sensação de seus pés pressionados contra o chão? Onde exatamente seus pés fazem contato com ele? Leve um tempo para focar-se nisso. Com atenção e abertura.

Há algum ponto de tensão em seu corpo? Dirija sua atenção a isso. Talvez você queira se mexer ou levantar. Talvez sua postura esteja incomodando. Você pode ter esses pensamentos e, mesmo assim, continuar sem se mover. Apenas agradeça sua mente por esses avisos e volte sua atenção para as partes do corpo.

Finalmente, sinta seu corpo todo. Começando pelos pés, pela pressão deles no chão, indo até suas pernas e como elas ligam você ao seu tronco. Inspirando e expirando, sempre consciente. Passando pelo abdômen, seus braços e até a cabeça.

Foque novamente em sua respiração. Fique um tempo com ela. Quando estiver pronto, abra os olhos novamente.

ANEXO XIII**Quadro de Valores**

Meus valores	Barreiras para alcançar meus objetivos
Meus objetivos	O que fazer para alcançar meus objetivos

(Representação da disposição das seções, confeccionado originalmente em cartolina)

ANEXO XIV

O que é Mindfulness ou Atenção Plena?

"Mindfulness" pode se referir a um estado mental ou psicológico caracterizado pela regulação intencional da nossa atenção ao que está acontecendo no exato momento. Ou seja, que aparece quando levamos a nossa atenção de forma sustentada a cada atividade ou fenômeno enquanto o mesmo está ocorrendo (oposto ao estado de desatenção, em que nossa mente fica "presa" a pensamentos sobre eventos passados ou planos futuros, e conseqüentemente não estamos presentes no que está acontecendo no "agora"). Além disso, essa regulação da atenção tem uma qualidade específica, caracterizada por uma atitude de **abertura, curiosidade e aceitação** frente ao fenômeno, evitando-se pré-julgamentos e críticas pré-concebidas (ao contrário do que geralmente fazemos quando entramos em contato com a realidade, qualificando-a imediata e automaticamente como "agradável" ou "desagradável", o que está associado a reações de apego ou rechaço do tipo "piloto automático", muitas vezes geradoras de sofrimento psíquico).

Em outras palavras:

É um conjunto de técnicas, incluindo a meditação, que pretende ajudar as pessoas a observarem seus pensamentos e sentimentos de forma aberta e acolhedora, sem se vincular a eles.

**[É a prática de
prestar atenção,
de propósito,
no momento presente,
sem julgamentos]
(Kabat-Zinn, 1990)**

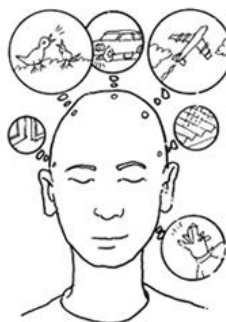
No que podemos prestar atenção?

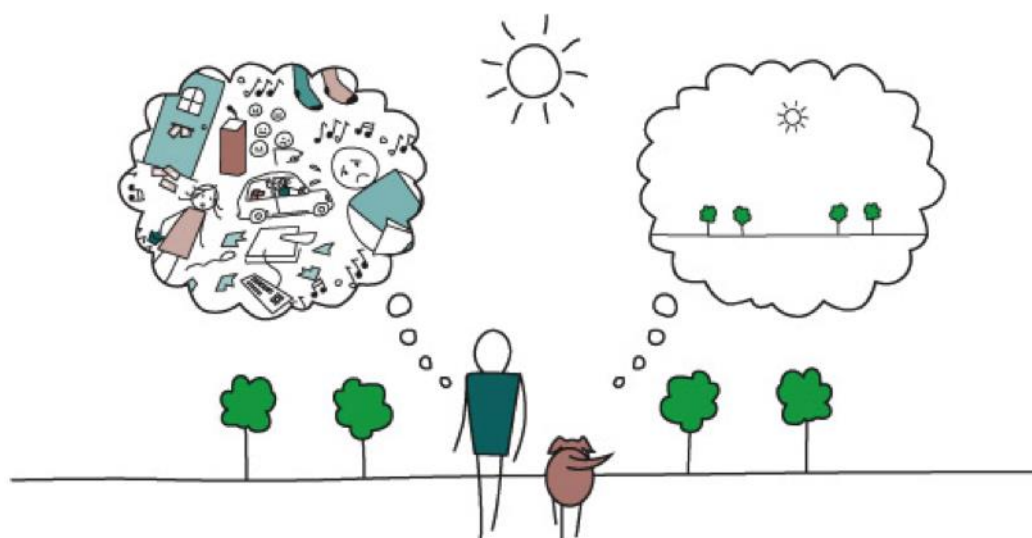
Em qualquer coisa. Muitas vezes é mais fácil começar essa prática direcionando a atenção para a respiração ou sensações do corpo. No entanto a técnica pode ser aplicada para qualquer coisa. Podemos prestar atenção em momentos do dia a dia como tomar banho ou até mesmo ouvir uma música. Quando sentimos alguma dor física, podemos direcionar nossa atenção para essa dor, por exemplo. Dessa forma cultivamos uma maneira mais saudável e menos julgadora para lidar com nossos problemas.

Avaliar

vs

Observar





Mind Full, or Mindful?

Prática de Atenção Plena (Mindfulness) formal:

Alguns cuidados e orientações são importantes para quem pretende iniciar e manter uma prática meditativa ou de mindfulness:

- De preferência, encontrar um lugar silencioso e com pouca ou nenhuma distração. Plugues de proteção sonora para os ouvidos podem ser utilizados em locais mais barulhentos;
- Reservar tempo e espaço na agenda diária para a prática meditativa. Independente do tempo que se pretende praticar naquela sessão (5, 10, 15, 30 minutos, etc.), o uso de um despertador, que marque o fim da sessão, é recomendado para que o praticante evite ficar preocupado em olhar o relógio durante a prática;
- Sentar ou deitar em posição que permita pouco ou nenhum desconforto durante o tempo de prática. O uso de colchonetes, travesseiros ou almofadas é recomendado. O pescoço deve estar em posição neutra e confortável. A coluna deve estar ereta quando sentado, com ombros alinhados, e mãos apoiadas nas pernas, para se evitar desconforto na cintura escapular;
- Os olhos podem estar fechados ou abertos. Quando abertos, estes devem ficar relaxados, sem focagem específica;
- Evitar refeições copiosas ou jejum muito prolongado antes das práticas;
- Meditar por períodos menores no começo (5-10 minutos), aumentando o tempo da prática progressivamente, conforme possibilidades e necessidades de cada um;

- Ser persistente e regular com as práticas meditativas, melhores benefícios e progressos virão com a prática diária e regular;
- Meditar em grupos e/ou ter um instrutor qualificado pode ajudar na adesão e manutenção das práticas. O uso de meditações audio-guiadas podem ajudar também;
- Escolher as técnicas e tipos de meditação que mais bem se adaptem às necessidades e preferências de cada um;
- Ter em mente que algum desconforto, nas costas ou nas pernas, por exemplo, pode ocorrer no começo em iniciantes. Tentar achar uma posição mais confortável pode ajudar nesses casos;

ATENÇÃO PLENA NA RESPIRAÇÃO

A seguir será apresentada uma técnica meditativa do tipo “mindfulness” que utiliza como âncora a própria respiração. É segura e de simples aplicação para a população geral e pacientes. Tendo como base os cuidados e orientações explicitados anteriormente, deve-se seguir os passos abaixo:

1. Adotando uma posição confortável, sentado ou deitado, deixar o corpo se estabilizar na posição. Pode-se fazer uma ou duas respirações mais profundas para se trazer a atenção para o corpo, como também começar lentamente a observar as sensações no corpo naquele momento (contato do corpo com o chão ou cadeira; temperatura da pele, possíveis desconfortos, etc.);
2. Gradualmente começar a trazer a atenção e a observação para os movimentos do corpo durante a respiração, como por exemplo os movimentos do tórax e do abdome na inspiração e expiração do ar; ou ainda a sensação do ar entrando e saindo pelas narinas durante a respiração. É importante seguir o fluxo natural da respiração, sem tentar alterá-lo, apenas observando-o;
3. Mantenha então a observação da respiração como âncora da atenção e da mente no momento presente, momento a momento, a cada respiração;
4. Eventualmente, se alguma distração, pensamento, sensação, ou preocupação vier à tona, gentil e simplesmente apenas perceba, e deixe passar, sem se prender ou julgar, voltando novamente a observação para a respiração;
5. Antes de encerrar a sessão, traga novamente a atenção e a observação para as sensações em todo o corpo naquele momento, e lenta e gradualmente termine a prática.