

Avaliação de uma intervenção em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso para indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar

Evaluation of a group intervention based on acceptance and commitment therapy for individuals diagnosed with bipolar disorder

Dainon Machado, Maria Rita Zoéga Soares, Roberta Seles da Costa

Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento.
Rodovia Celso Garcia Cid - Pr 445 Km 380. Cx. Postal 10.011 - Campus Universitário, 86057-970,
Londrina - PR, Brasil. ritazoega@hotmail.com

Resumo: O Transtorno Bipolar (TB) é uma condição crônica grave, definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão. Está relacionado a complicações em aspectos emocionais, físicos e sociais. Pesquisas têm focado no desenvolvimento de intervenções que resultem em melhora terapêutica, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que almeja produzir flexibilidade psicológica. O objetivo do artigo é apresentar um estudo de caso de um grupo baseado na ACT para três participantes com diagnóstico de TB e resultados da intervenção sobre o repertório de flexibilidade psicológica, sintomas de mania, hipomania, depressão e qualidade de vida. As sessões foram realizadas em grupo com cinco encontros totais na clínica-escola de uma universidade estadual. Foram utilizados os instrumentos Escala de Hamilton de Depressão; Escala de Mania Young, WHOQOL-bref e dados qualitativos obtidos por registro em áudio e vídeo. Os resultados demonstraram diminuição nos sintomas, melhora nos domínios físico e de relações pessoais do inventário de qualidade de vida e aumento em repertório de flexibilidade psicológica. Considerando as limitações do estudo, como um número pequeno de participantes e grupo único de intervenção, concluiu-se que a ACT foi eficaz para ampliar o repertório-alvo de pacientes diagnosticados com TB.
Palavras-chave: transtorno bipolar; terapia de aceitação e compromisso; intervenção em grupo.

Abstract: Bipolar Affective Disorder (BD) is a serious chronic condition, defined by the occurrence of manic, hypomanic, and depressive episodes that increase probability of emotional, physical, and social complications. Researches have been focusing on interventions that result in better therapeutic outcomes, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which aims at increasing psychological flexibility. This study presents a case study on an ACT-based intervention and its outcomes on psychological flexibility, manic, hypomanic and depressive symptoms, and quality of life in three participants diagnosed with BD. Intervention was group-based with five sessions, performed in a Psychological Clinic. Results were obtained via Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, and WHOQOL-bref, as well as video and audio recordings for qualitative data. Results demonstrated symptoms reduction, improvement in physical and social domains of the quality of life inventory and increase in psychological flexibility. Considering the limitations of the study, such as the small sample and single group intervention, we concluded that ACT was successful on improving BD diagnosed participants' repertoire.

Keywords: bipolar disorder; acceptance and commitment therapy; group intervention.

Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) é definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão. É uma condição episódica, crônica e de curso caracteristicamente variável que abrange em sua sintomatologia perturbações do humor acompanhadas de alterações comportamentais e fisiológicas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o TB 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 acelerados, maior energia (com diminuição dos períodos de sono), irritabilidade, paranoia, sexualidade aumentada e impulsividade são exemplos de sintomas que podem indicar um episódio desse tipo (Goodwin e Jamison, 2007). A hipomania, por sua vez, é uma forma atenuada de mania, definida como um estado de humor anormal com sintomas de mania, que variam de leves a moderados e podem durar de poucos dias a muitos meses. A distinção entre comportamento normal e comportamento hipomaníaco pode ser difícil, já que as delimitações de sua sintomatologia variam de pessoa para pessoa e devem levar em conta dados históricos e atuais da pessoa, tornando seu diagnóstico muitas vezes difícil e demorado (Colom e Vieta, 2004).

A depressão no quadro bipolar tem como seu grande indicador, a perda da habilidade em experimentar prazer em atividades que são geralmente divertidas ou recompensadoras para aquele 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; lentidão psicomotora; hipersonia;

mudanças no apetite ou alteração no peso de forma não programada; pensamentos de morte e suicídio ou tentativas reais (Goodwin e Jamison, 2007).

Toda essa sintomatologia, associada a problemas comportamentais pode causar prejuízos psicológicos e sociais às pessoas acometidas pelo TB. Dessa forma, é necessário que se desenvolvam, além de tratamento farmacológico eficaz, estratégias de intervenção psicológicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Como exemplo, podemos citar a intervenção focada em psicoeducação, modalidade caracterizada por fornecer informação ao paciente principalmente sobre a etiologia, o tratamento, o prognóstico e o reconhecimento de gatilhos para os episódios (Colom e Vieta, 2004; Pelegrinelli, 2010).

Não obstante, terapias analítico-comportamentais e terapias comportamentais de terceira onda (baseadas em *Mindfulness*) têm investigado a aprendizagem e a ampliação de repertório mais flexível para lidar com diversas psicopatologias. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) surge como uma das alternativas vinculadas às de terceira onda, baseadas em *Mindfulness*, que busca intervir sobre problemas clínicos abrangentes, almejando maior flexibilidade psicológica para lidar com pensamentos e sentimentos, com objetivos comportamentais pautados em valores como meio de melhora clínica (Hayes, 1999). A ACT 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 adaptada e utilizada em consonância com as tecnologias derivadas da Análise do Comportamento e da Análise Clínica Comportamental (Dougher, 2001).

De uma perspectiva operacional, podemos dizer que um dos pilares da 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, um dos seus objetivos principais é proporcionar a exposição a

eventos aversivos e maior flexibilidade psicológica. 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).

Intervenção segundo a Terapia de Aceitação e Compromisso

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).

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 alterar a forma ou a frequência desses eventos, bem como os contextos em que ocorrem (Hayes *et al.*, 1996). Esse tipo de repertório, quando muito frequente e pervasivo, pode trazer graves consequências e limitar a vida do indivíduo. De acordo com Wilson e Murrell (2004), o gerenciamento de eventos privados aversivos pode 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 e a esquiva experiencial fortalecida.

A flexibilidade psicológica é definida como a habilidade de responder a 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. Pode ser subdividida em 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. 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 *in* Scott e McCracken, 2015).

A ACT não tem o objetivo de diminuir a intensidade de pensamentos e sentimentos, ou de mudar seu conteúdo. Ao invés disso, 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. Nessa direção, diversos estudos demonstram a eficácia de intervenções baseadas em ACT para uma gama de transtornos psicológicos (Hayes, *et al.*, 2012; A-Tjak *et al.*, 2015; Ruiz 2012; Levin *et al.* 2012). Isso porque seus objetivos almejam incidir sobre classes comportamentais que podem estar relacionadas a diversos transtornos por meio de princípios comuns como a Esquiva Experiencial, Flexibilidade Psicológica e Ação guiada por Valores. No entanto, especificamente para o TB, poucas pesquisas na modalidade de grupo foram desenvolvidas e publicadas. Dessa maneira, o objetivo do presente artigo foi apresentar um modelo de intervenção em grupo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para pacientes com esse quadro psiquiátrico e seus resultados. Esperamos que a partir desse estudo seja possível aprimorar intervenções psicológicas que almejam ampliação de repertório e flexibilidade psicológica não só para o TB, mas também para outras condições que possam se beneficiar desse modelo de intervenção.

Método

Delineamento

O presente estudo empregou o delineamento de sujeito único, ou sujeito como próprio controle, em condição A-B. O que quer dizer que o comportamento do participante foi medido ao longo de duas condições. Esse delineamento foi selecionado por apresentar vantagens na comparação do comportamento dos sujeitos após

intervenção em relação à linha de base e por se adequar ao modelo de estudo de caso adotado. Além disso, é um método amplamente utilizado na Análise do Comportamento ao avaliar efeitos de Variáveis Independentes (VIs) sobre Variáveis Dependentes (VDs) (Perone, 1991; Matos, 1990).

Participantes

Foram selecionadas 3 participantes do sexo feminino, duas eutímicas e uma com sinais de depressão leve, denominadas no presente estudo como M (24 anos, estudante de ensino superior), A (49 anos, dona de casa) e D (52 anos, dona de casa e afastada da função de auxiliar de enfermagem há 2 anos devido ao diagnóstico de TB).

Instrumentos

Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), utilizada para mensurar sintomas de depressão. Os critérios utilizados foram os de Del Porto (1989) em que valores entre 7 e 17 indicam diagnóstico de depressão leve; entre 18 e 24, de depressão moderada e acima de 25, depressão grave.

Escala Young de Mania (YMRS), utilizada para mensurar sintomas de mania e hipomania. Escores superiores a 12 pontos indicam hipomania e níveis de mania.

Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), utilizado como medida de qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Escores inferiores a 2,9 são considerados como “necessitando melhorar”, de 3 a 3,9 “regular”, de 4 a 4,9 “bom” e acima de 5 “muito bom”.

Questionário de Aceitação, instrumento não validado, adaptado em nosso estudo com base no Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). Desenvolvido como modo de coleta de dados verbais acerca dos resultados da intervenção quanto a características de flexibilidade psicológica.

Procedimentos

Após aprovação do Comitê Ética em Pesquisa com Humanos (CAE 34938114.0.3001.5231), a seleção dos participantes, triados a partir de uma lista de encaminhamento de profissionais psiquiatras, foi realizada por meio de entrevista inicial com objetivo de determinar se estariam aptos ou não a participarem do grupo. A entrevista inicial visou coletar dados como o histórico do diagnóstico de TB, utilização de medicamentos, padrão comportamental para lidar com pensamentos e sentimentos (presença ou não de esQUIVA experiencial), histórico familiar e de relacionamentos interpessoais e afetivos. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam estar necessariamente em período de eutímia ou, no máximo, com sinais de depressão leve. Isso era determinado de acordo com o histórico do paciente, cujo psiquiatra tinha acesso, dados verbais da entrevista e também de escalas normativas próprias para tal fim. Os critérios de exclusão eram pacientes com limitações cognitivas que pudessem comprometer a compreensão das atividades e pacientes em crise (depressiva, hipomaníaca e maníaca).

Após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) deu-se início a fase de intervenção, realizada em grupo, constituindo-se de 5 sessões com duração de 90 minutos cada. O local de realização era a sala de grupo da clínica psicológica de uma universidade estadual.

O programa foi elaborado com foco psicoeducacional e psicoterapêutico. As atividades com foco psicoeducacional foram baseadas na proposta de Colom e Vieta (2004), Pelegrinelli (2010), Figueiredo *et al.* (2009) e Mussi *et al.*, (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, segundo a referência da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes, 1999). Ao final da intervenção, os mesmos instrumentos utilizados na entrevista inicial foram aplicados em pós-teste para comparação.

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.

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.

Foram utilizadas duas câmeras de vídeo modelo Sony HDR-XR160, montadas em tripé e direcionadas para as participantes com o objetivo de registrar os comportamentos em sessão. Além do vídeo, dois gravadores de áudio modelo Sony ICD-PX820, um próximo às participantes e outro próximo ao terapeuta para registrar verbalizações e interações do grupo e com o terapeuta. Foram considerados também para coleta os registros verbais (vocais e escritos) das participantes nos recursos terapêuticos propostos na intervenção.

O estudo só foi realizado após aprovação do comitê de ética (CAE 34938114.0.3001.5231) como forma de garantir sua adequação aos requisitos fundamentais da pesquisa com humanos. Ademais, os critérios de inclusão de participantes para o grupo levaram em consideração indivíduos com TB em estado de eutímia ou próximos a eutímia (sem sintomas de mania) para aumentar a probabilidade de que a intervenção não causasse qualquer dano aos participantes, visto que não havia estudos sobre intervenções ACT para essa população.

A Tabela 1 apresenta os objetivos e estratégias empregadas nas sessões em grupo para as participantes com diagnóstico de TB.

Tabela 1. Descrição das sessões de intervenção com o grupo de pacientes com transtorno bipolar
Table 1. Description of intervention sessions with the group of patients with bipolar disorder

<i>Sessão</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Estratégias</i>
Sessão 1	Apresentação dos participantes; Explicação sobre objetivos da intervenção e normas de funcionamento do grupo; Levantamento dos motivos para participação no grupo; Estabelecimento de vínculo terapêutico; Psicoeducação; Solicitação de assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Psicoeducação.	Dinâmica de apresentação e integração; Vídeo com reportagem sobre TB; Estratégia para o estabelecimento de desesperança criativa.
Sessão 2	Estabelecimento de vínculo terapêutico; Discussão sobre o tema "o problema é o controle" e "aceitação como postura alternativa".	Vídeo com reportagem sobre TB; Quadro sobre estratégias de controle; Metáfora do polígrafo (Hayes, 1999); Metáfora do amplificador (Hayes, 1999); Exercício de Atenção Plena à respiração; Tarefa de casa sobre atenção dirigida à respiração.
Sessão 3	Estabelecimento de vínculo terapêutico; Discussão sobre o tema "eu como contexto e atenção plena", a partir da perspectiva do Eu Observador (Hayes, 1999); Prática sobre a atenção plena.	Discussão da tarefa de casa; Metáfora do tabuleiro de xadrez (Hayes, 1987); Metáfora das Nuvens (Chagas, 2013); Exercício de atenção dirigida a pensamentos ou sentimentos; Exercício de atenção plena com chocolate.
Sessão 4	Discussão sobre o tema "Comportamento a serviço de valores" (Hayes, 1999); Retomada de temas discutidos em sessões anteriores;	Exercício "Indo ao seu próprio funeral" (Hayes, 1999); Quadro de Valores (Saban, 2011); Exercício de atenção plena <i>body-scan meditation</i> (Kabat-Zinn, 1990)
Sessão 5	Retomada de temas discutidos em sessões anteriores; Discussão sobre o conceito de ação com compromisso; Identificação de objetivos comportamentais concretos pautados em valores pessoais; Fornecimento de <i>feedback</i> sobre mudanças comportamentais; Esclarecimento de dúvidas; Encerramento do processo.	Quadro de Valores (Saban, 2011); Entrega de material contendo exercícios de atenção plena (e.g atenção à respiração e sensações corporais).

Procedimento de análise de dados

A análise dos dados foi feita após a intervenção, utilizando o material de áudio e vídeo coletado, os registros verbais utilizados em sessão, os instrumentos aplicados em pré e pós-teste e dados de comportamento em sessão que eram discutidos com supervisores e equipe a cada encontro.

A análise do material de vídeo e áudio coletado foi realizada a partir de software de categorização "Transana", em que comportamentos de flexibilidade psicológica (aceitação, desfusão, ação com compromisso e ação pautada em valores) podiam ser

observados e demarcados, a partir de critérios subjetivos acordados com a equipe responsável. A demarcação de comportamentos pelo software foi feita exclusivamente como meio de facilitar a identificação de comportamentos no vídeo e sua descrição posterior no presente artigo. Os instrumentos HAM-D, YMRS e WHOQOL-Bref foram selecionados por terem sido utilizados em programas com pacientes TAB que serviram como base para o presente estudo (Pelegrinelli, 2010; Colom e Vieta, 2004; Goodwin e Jamison, 2007). Os dados foram tratados de acordo com diferenças no escore pré para pós-teste, utilizando o teste não paramétrico de Wilcoxon (com $p < 0,05$), indicado para comparar performances intra-sujeito em amostras pareadas. Para a parte qualitativa, registros verbais coletados ao longo da intervenção e a partir dos recursos ACT foram utilizados como subsídio e descritos nos resultados e discussão.

Resultados e Discussão

Serão apresentados os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos HAM-D, YMRS e WHOQOL-Bref. Posteriormente, com a finalidade de subsidiar a discussão sobre as atividades realizadas na intervenção, será apresentada a análise dos dados sobre aspectos de vida e melhora terapêutica das participantes.

Os escores obtidos com a aplicação da Escala Hamilton (HAM-D) A Figura 1 apresenta os escores totais das participantes no pré e pós-teste.

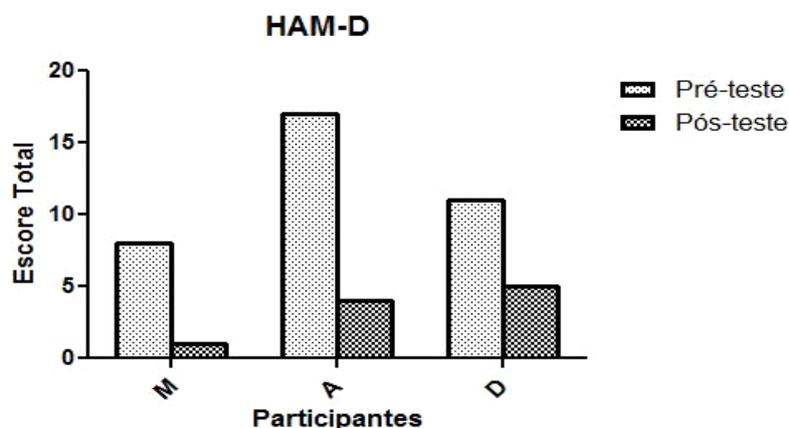


Figura 1. Escores totais obtidos por meio da aplicação da Escala Hamilton (HAM-D) no pré e pós-teste

Figure 1. Total scores obtained by applying the Hamilton Scale (HAM-D) in the pre- and post-test

A partir da Figura 1 observa-se que houve redução nos escores totais para sintomas de depressão em todas as participantes no pós-teste. Dados obtidos por meio da aplicação da Escala Young de Mania (YMRS) são apresentados na Figura 2, que apresenta os escores totais das participantes no pré e pós-teste.

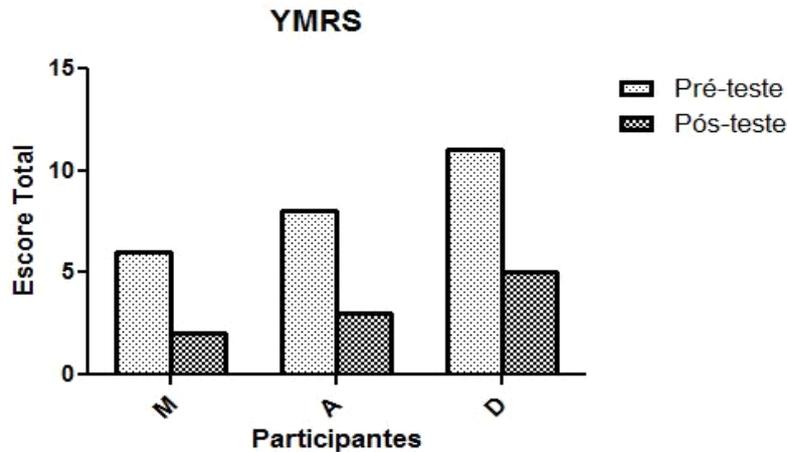


Figura 2. Escores totais obtidos por meio da aplicação da Escala Young de mania (YMRS) no pré e pós-teste

Figure 2. Total scores obtained by applying the Young Mania Scale (YMRS) in the pre- and post-test

A escala YOUNG (YMRS) define os escores em níveis superiores a 12 pontos, que podem indicar mania e hipomania. A Figura 2 demonstra que nenhuma das participantes obteve escores maiores do que isso, o que indica eutímia no pré-teste. Para o pós-teste o estado eutímico se manteve, com melhora nos escores finais em todos os casos.

As Figuras 3, 4 e 5 apresentam os resultados obtidos por meio da aplicação do Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) com cada participante. Escores inferiores a 2,9 são considerados como “necessitando melhorar”, de 3 a 3,9 “regular”, de 4 a 4,9 “bom” e acima de 5 “muito bom”, segundo critérios próprios do instrumento (WHOQOL Group, 1998).

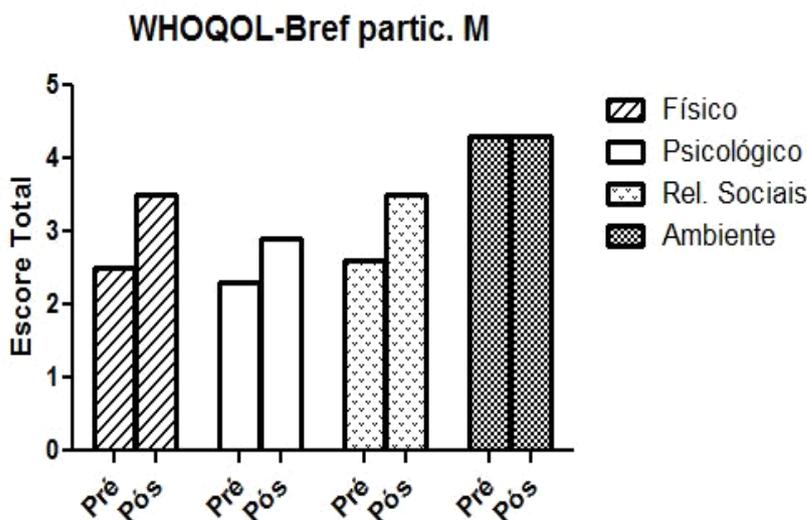


Figura 3. Dados obtidos por meio da aplicação do Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) com a participante M

Figure 3. Data obtained through the application of the Quality of Life Inventory (WHOQOL-Bref) with participant M

Pode-se observar pela 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, os escores no pré-teste foi inferior a 2,9, indicando necessidade de melhora. Após a intervenção, os escores tiveram pontuação de 3,5, considerado pelos critérios do instrumento como regular. O domínio psicológico passou de 2,4 no pré-teste para 2,9 no pós-teste, o que caracteriza como necessidade de melhorar. Para o domínio ambiente, os dados demonstraram que não houve alteração.

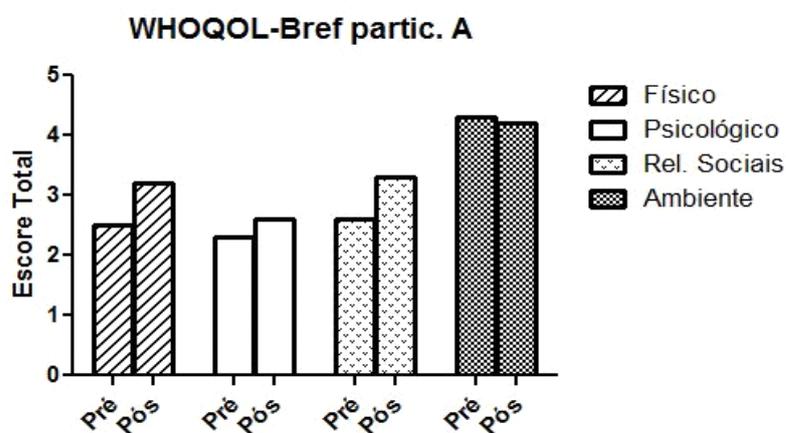


Figura 4. Dados obtidos por meio da aplicação do Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) com a participante A

Figure 4. Data obtained through the application of the Quality of Life Inventory (WHOQOL-Bref) with participant 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. Dados obtidos por meio da aplicação do Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) com a participante D são apresentados na Figura 5.

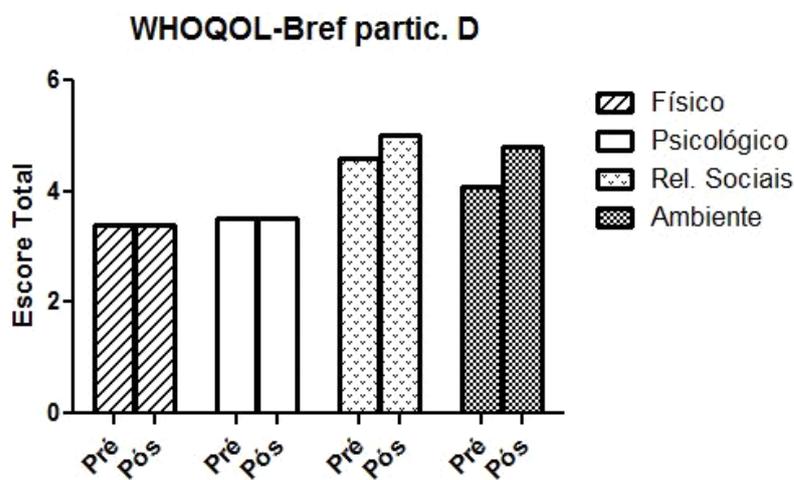


Figura 5. Dados obtidos por meio da aplicação do Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) com a participante D

Figure 5. Data obtained through the application of the Quality of Life Inventory (WHOQOL-Bref) with participant 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 as participantes A e M e estabilidade para participante D. 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 significativas.

Quanto às relações sociais, houve melhora quanto ao escore absoluto em pós-teste utilizando sujeito como próprio controle com diferença estatisticamente significativa para a média das três participantes, utilizando *Wilcoxon* ($p < 0,05$). Os dados apresentados podem indicar que a intervenção pode ter contribuído para tal melhora em função de que a modalidade de grupo podem ser uma oportunidade para o desenvolvimento de interações sociais.

Flexibilidade psicológica

Com o intuito de subsidiar a discussão sobre as etapas da intervenção, a seguir serão demonstrados resultados obtidos quanto à flexibilidade psicológica das participantes. A organização utilizada considerou os objetivos das sessões, princípios da ACT e estratégias utilizadas. Com relação ao princípio "Desfusão, Aceitação e Mindfulness", um dos objetivos centrais foi identificar tentativas passadas de controle de sentimentos e de pensamentos. Além disso, foram levantadas fontes de fusão causadoras de sofrimento para as participantes, objetivo relacionado às primeiras fases da ACT, citadas anteriormente.

Observou-se que o relato verbal das participantes era acompanhado de sensações corporais e sentimentos, além de tentativas de controle, o que possivelmente pode ter influenciado para o aumento de intensidade. Foi possível constatar que as participantes tinham tentado se livrar de encobertos, o que pode ser um 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, 1999) e a metáfora das nuvens no céu, descrita em Chagas (2013). Por meio dessas metáforas foi possível analisar a separação do comportamento, por meio da discussão de questões relacionadas ao "Eu como contexto", umas das metas da ACT. Cabe salientar a importância de aproveitar verbalizações e outros comportamentos que ocorrem dentro de

sessão, para esclarecer a distinção entre aceitação e controle. Tentou-se criar um contexto onde a aceitação de encobertos era privilegiada. Participantes foram incentivadas a analisar seu próprio comportamento e distingui-los entre aceitação e controle. Ao longo das sessões, houve aumento na frequência de relatos sobre situações ocorridas fora do grupo com tal conteúdo, o que indicou o uso da desfusão cognitiva.

Duas das participantes (A e M) relataram que conseguiram realizar novas atividades, mesmo na presença de sensações incômodas ou de desânimo. Para A, tal recurso possibilitou maior exposição a situações. Relatou que conseguiu sair de casa para entregar currículos e resolver pendências. Disse:

“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”.

Situações como essa foram analisadas em conjunto com as outras participantes e foi uma oportunidade para enfatizar 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, outras participantes passaram a expor verbalmente comportamentos que poderiam ser definidos como aceitação. D relatou que muitas vezes precisava dirigir para algum lugar da cidade e sentia “muito medo” (sic) e que, mesmo assim, realizava a atividade. De acordo com o que foi observado na intervenção, oportunidades relacionadas a descrição de situações foram trabalhadas no sentido de permitir a diferenciação entre a aceitação e o controle. Isso pode ter contribuído para 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 se constatou que D apresentava um repertório limitado para a compreensão de metáforas e relacioná-las com aspectos de sua vida. Em função do número de crises e interações, tal participante poderia ter sofrido danos neurológicos. Sugerimos que, em intervenções da

ACT, ao utilizar metáforas, deve-se avaliar a capacidade do participante para a compreensão das mesmas como características biológicas, grau de escolaridade, nível cultural e repertório comportamental. Se determinado participante não apresenta um repertório compatível para tal tarefa, outra alternativa de atuação pode ser utilizada. A análise funcional do repertório do participante é uma alternativa para tal avaliação comportamental.

É importante que o profissional apresente um repertório flexível para a condução das atividades, no sentido de direcionar a discussão sobre metáforas utilizadas, de tal forma que ofereça subsídio para a mudança comportamental. É necessário que se encontre alternativas de intervir para cumprir os objetivos relacionados a aceitação e a desfusão.

Nas duas últimas sessões, foi trabalhado o princípio "Valores, Metas e Ação com compromisso". O "Quadro de Valores" foi utilizado para tal descrição e sobre os objetivos. O foco da intervenção foi a discussão de valores e metas de cada participante e colocar o comportamento a serviço desses valores. A participante M citou como valores principais "Ser uma mãe exemplo", "Olhar mais para si" e "Investir em cuidados pessoais". Tais respostas estariam de acordo com os objetivos citados por ela em entrevista inicial, sobre o que esperava melhorar com a participação no grupo. Ao longo das sessões M falou sobre a importância de "ter um tempo para si" (sic). Explicou que era seu objetivo principal porque "vivia muito em função de outras pessoas" (sic). Tal verbalização provavelmente estaria relacionada ao relato no grupo sobre a dependência da sua família e da família do marido em relação aos seus cuidados diários. Segundo ela, 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 em outra situação. Durante a intervenção, buscou-se focar sobre o valor "Olhar mais para si" e, a partir dele, metas comportamentais específicas foram selecionadas com a ajuda do grupo. Esse processo de operacionalização buscou facilitar a compreensão das participantes sobre as metas.

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, verbalizou que gostaria de investir na área profissional e na sua saúde, principalmente realizar atividades físicas. Tal condição foi demonstrada durante a confecção do quadro de valores. A cliente elencou como metas “Terminar a faculdade”, “Praticar atividade física” e “Ter uma dieta balanceada”. Identificou como barreira para alcançar tais objetivos, os sentimentos de incapacidade e o desânimo, citados com frequência na entrevista inicial. No campo do "Quadro de Valores" relacionado ao “Tratar sentimentos e pensamentos com aceitação” e “Dirigir atenção não julgadora aos pensamentos e sentimentos”, indicou uma postura aberta e não julgadora em relação aos pensamentos e sentimentos indesejados, um dos pilares da intervenção baseada na ACT.

A participante D selecionou valores sobre a família, relações interpessoais e trabalho assim como as outras participantes. Identificou como valores “Ser uma boa mãe para meus filhos”, “Cultivar amizades verdadeiras” e “Investir no trabalho”. Tais valores também estariam relacionados diretamente à sua história de vida. No grupo, relatou situações de pessoas que se aproveitaram dela em algum momento e como isso a afetou. Para ela, o trabalho era uma fonte de satisfação pessoal, mas quando iniciou o atendimento no grupo, tinha sido afastada 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 e relatou que gostaria de investir na área profissional porque poderia conseguir fazer mais coisas e aprender outras habilidades. No "Quadro de valores", no campo “O que fazer para alcançar minhas metas”, a cliente relacionou que precisaria “tomar medicamentos corretamente” e “ir ao médico regularmente”. Além disso, incluiu como meta “subir de elevador”, queixa recorrente nas sessões de atendimento.

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 pode ser capaz de enfrentar situações que podem ser aversivas, mas que podem trazer resultados positivos quanto ao aumento de flexibilidade psicológica (Hayes, 1999).

Aceitação e ação com compromisso

O Questionário de Aceitação, adaptado a partir do AAQ-II para utilização na intervenção demonstrou dados relacionados 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”.

Podemos observar que em relação ao item “Tenho medo de meus sentimentos”, a participante M relatou que a intervenção auxiliou na diminuição do medo em sentir coisas indesejáveis. As participantes A e D disseram que, apesar de ainda terem medo de lembranças e sentimentos desagradáveis, seriam capazes de seguir em direção a seus objetivos.

Quanto ao item “Evito realizar tarefas por causa dos meus sentimentos”, as participantes M e A relataram a importância de realizar tarefas mesmo quando havia sentimentos e pensamentos indesejáveis. Esse pode ser um indicativo de flexibilidade psicológica, principalmente para A, que relatou em várias ocasiões 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, verbalizou que no grupo conseguia 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.

No item “Meus sentimentos causam problemas em minha vida”, todas as participantes responderam que os sentimentos ainda causavam algum tipo de problema.

No entanto, em relação ao escore, 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 teve efeito sobre essa condição.

Em resposta a “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. Nesse sentido, os sentimentos não precisariam ser modificados para que fosse possível seguir em direção às coisas que almejassem. Na escala, observou-se melhora em todos os escores do pré para o pós-teste.

O item “Vivo uma vida que está de acordo com os valores que acredito”, foi o único que obteve 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, aumento no escore 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 um dos temas mais importantes tratados no grupo. Além disso, pode-se observar pelas verbalizações das participantes M e A, que ressaltaram a importância de seguir em direção aos seus valores.

O Questionário de Aceitação teve como um dos objetivos identificar a respeito da postura das participantes frente aos conteúdos cognitivos. O AAQ-II, instrumento utilizado como base para a elaboração desse questionário, é utilizado na mensuração desses conteúdos e tem sido implementado também pela capacidade de avaliar aspectos relacionados a esquiva experiencial e flexibilidade psicológica (Scott e 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. Foi possível identificar e avaliar

aspectos relacionados à flexibilidade psicológica, como a aceitação e a ação baseada em valores, após a intervenção.

De maneira geral, os itens A, B, C e D puderam fornecer dados sobre componentes da esQUIVA experiencial e o modo que as participantes lidavam com conteúdos emocionais (i.e pensamentos e sentimentos). O item E estaria relacionado à segunda parte da intervenção, focada em valores e metas. De acordo com as respostas obtidas com a aplicação da escala, houve melhora em todos os escores no pós-teste em comparação com o pré-teste para todas as participantes. Tal condição, pode indicar que a intervenção incidiu sobre aspectos previstos nos objetivos: 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 relataram maior flexibilidade ao lidarem com eventos aversivos e se sentirem capazes para alcançar objetivos e metas comportamentais baseadas em valores.

Considerações Finais

Os dados obtidos por meio da intervenção parecem indicar que pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar, que estejam em eutímia ou depressão leve, podem se beneficiar da Terapia de Aceitação e Compromisso. A ACT pode ser adaptada levando em consideração os princípios fundamentais de sua filosofia e não necessariamente em um formato de protocolo fixo, o que indica a necessidade de flexibilidade do profissional para a elaboração de estratégias.

A supervisão durante o processo, com a participação da equipe para discutir questões relacionadas ao atendimento, possibilitou a elaboração 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 indivíduo relacionado a habilidades sociais, compreensão de tarefas e atitudes frente a eventos encobertos. Cabe salientar a importância do desenvolvimento do repertório do terapeuta para manejar a intervenção em grupo, condição fundamental para a efetividade das estratégias elaboradas. O profissional deve adotar uma postura de aceitação e investir

na relação com os membros do grupo e com a equipe. Além disso, deve estar atento aos antecedentes e consequências de seu comportamento para os membros com o intuito de construir uma relação promotora de mudanças duradouras.

As limitações do estudo, como o número reduzido de participantes, ausência de *follow-up* e grupos controle devem ser levados em consideração. Apesar disso, a ACT demonstrou potencial para desenvolvimento de flexibilidade psicológica ao lidar com participantes diagnosticados com TB. Sugere-se que estratégias de intervenção em grupo para indivíduos com o diagnóstico de transtorno bipolar sejam alvo de mais pesquisas e possam contribuir para o desenvolvimento de tecnologias e programas de intervenção cada vez mais eficazes.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- A-TJAK, J. G., DAVIS, M. L., MORINA, N., POWERS, M. B., SMITS, J. A., EMMELKAMP, P. M., 2015. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*. **84**(1):30–6.
- CHAGAS, GUILHERME, MORIYAMA 2013. Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Acta Comportamentalia*. **21**(4):495-508.
- COLOM, F., VIETA, E. 2004. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. **26**(Supl III): 47–50.
- 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, 327-387.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., 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.

- HAYES, S. C., STROHSAHL, K., WILSON, K. G. 2012. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- KABAT-ZINN, J. 1990. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (15th anniversary ed.). New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- LEVIN, M. E., HILDEBRANDT, M. J., LILLIS, J., HAYES, S. C., 2012. The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy*. **43**(4):741–56.
- MATOS, M. A. 1990. Controle experimental e controle estatístico: A filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, **42**:585-592.
- 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.
- PERONE, M. 1991. Experimental design in the analysis of freeoperant behavior. In I. H. Iversen & K. A. Lattal (Eds.), *Experimental analysis of behavior*. Amsterdam: Elsevier.
- RUIZ, F. J. 2012. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. **12**(3):333–358.
- SABAN, M. T. 2011. *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André: ESETec.
- SCOTT, W., MCCRAKEN, L. 2015. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, **2**:91-96.

Recebido em: 13.10.2016

Aceito em: 15.01.2018