**Impactos de Intervenções Experienciais e Analíticas na Qualidade de Vida, Ações
Valorosas e Sintomas (TAG)**

Amanda R. Ferreira

Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica

Dr. Claudia K. B. Oshiro

19 de Março de 2021

AMANDA RAÑA FERREIRA

Impactos de Intervenções Experienciais e Analíticas na Qualidade de Vida, Ações

Valorosas e Sintomas (TAG)

(Versão corrigida)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof^ª Dr^a Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Raia Ferreira, Amanda

Impactos de Intervenções Experienciais e Analíticas na Qualidade de Vida, Ações Valiosas e Sintomas (TAG) / Amanda Raia Ferreira; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro. -- São Paulo, 2021.

f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2021.

1. Terapia de Aceitação e Compromisso. 2. Intervenção experiencial. 3. Intervenção analítica. 4. Delineamento de caso único. 5. Transtorno de Ansiedade Generalizada. I. Kami Bastos Oshiro, Claudia, orient. II. Título.

Nome: Ferreira, Amanda Raña

Título: Impactos de Intervenções Experienciais e Analíticas na Qualidade de Vida, Ações Valorosas e Sintomas (TAG)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

A handwritten signature in dark ink on a light green rectangular background. The signature is cursive and reads "Claudia Kami Bastos Oshiro".

Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro (orientadora) – Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Alessandra Villas-Bôas

Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira – Universidade Federal do Paraná

Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer – Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Dr. Tiago Alfredo da Silva Ferreira – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

As metáforas são muito perigosas.

Não se brinca com as metáforas.

O amor pode nascer de uma simples metáfora.

(Milan Kundera)

Agradecimentos

Início os agradecimentos dizendo que esta tese não é minha. É de todos que estiveram comigo ao longo da sua construção. Sem exceção. É nossa.

Agradeço a minha mãe. Por sempre, sempre, sempre, confiar em mim e me apoiar. Somos da mesma carne e sua alegria, otimismo e força estão comigo aonde quer que eu vá. Agradeço a meu pai, pelos incentivos, apoio, animação, força, e por ter se tornado meu amigo, além de pai. Agradeço a minha avó Ofélia, por ter inovado com o whatsapp e pelo bom dia de todo dia. É como estar em “casa”. Agradeço também a minha avó Maria, que hoje em dia habita meus sonhos e me lembra que as pessoas sempre ficam. Por fim, agradeço as minhas irmãs por serem lindas e minhas irmãs para sempre.

Agradeço a minha família.

Agradeço a minha orientadora Claudia Oshiro. Ela começou como “Prezada” e acabou virando a grande amiga Claudiaaaaaaaaa. Que delícia ter uma orientadora como você. Até hoje me pergunto se você existe mesmo. Convenhamos, onde podemos encontrar uma pesquisadora ímpar, referência de mulher, orientadora sempre presente, amiga experiente e uma parceira de loucuras? Você foi sensacional. Obrigada também por nos permitir acompanhar o crescimento das meninas (e também pelos áudios de Evandro rs).

Agradeço à Sonia Meyer (minha também orientadora) por ter apostado em mim desde o primeiro momento. Você não parou de me surpreender. Lembro do meu nervosismo em pedir um autógrafo para você e, desde lá, você tem me incentivado. Muito, muito obrigada por ter elaborado esta tese comigo, desde a sua concepção, passando pelos gráficos maravilhosos, até a fase final da defesa. Desejo imensamente que continuemos parceiras. Sem palavras para dizer o quanto foi uma grata surpresa ter sido tão carinhosamente acolhida. Sigo (ainda) surpresa e acarinhada por esse apreço. Sem ele seria tudo muito diferente.

Agradeço à Tiago Alfredo por permanecer sendo um mestre e amigo por tanto tempo, e por suas sugestões à esta pesquisa.

Agradeço aos meus amigos do grupo de pesquisa: Joana, Fernanda, Elis, Aline, Alan, Renata, Gabi, Gabi (sim, são duas), Luisa, Aline (também são duas), Mari, Julia, Dani. Jô, sua irreverência é contagiante. Fê, me leva pra festa. Elis, tamo junto! Obrigada por me ensinar na prática sobre sororidade. Vamos conhecer São Paulo pós-pandemia juntas? Aline, boas risadas no bandeirão. Obrigada também pelas orientações com relação à USP e à cidade. Iniciar conhecendo São Paulo pelos seus olhos foi acalentador. Alan, as risadas mais inusitadas. Renata, minha grande parceira de disciplinas e início de doutorado. Muitas risadas,

não? Gabi (Gabriela Santos) obrigada por ter gostado de mim. E por ter me visto como uma terapeuta. Foi muito importante contar com seu apoio na clínica. Sigamos parceiras nessa jornada de doces, sucos e androides. Gabi, sua participação nas minhas discussões foi interessantíssima. Que bom poder compartilhar obsessões conceituais. Luísa, as melhores indicações de qualquer categoria. Aline, que bom ter outra baiana no grupo. Mari, você é uma querida. Vamos viajar? Julia, chegou quase no finalzinho mas preencheu o grande espaço que tinha sobrando aqui. Quero banho de piscina. Inacreditável sua empatia e generosidade. Agradeço imensamente sua dedicação a mim e ao meu trabalho. Até agora não sei o que fiz para merecer. Talvez seja só generosidade sua mesmo e tá bom! Adoro você! Dani, a parceira que começou no iníciozinho, lá na USP, se infiltrou na sociedade do consultório, se alastrou pelo bar, se transformou em uma sincera amizade e as melhores indicações bibliográficas. Obrigada pela sua generosidade e parceria.

Gostaria de agradecer imensamente aos aferidores da minha pesquisa: Gabi, Dani, Mari, Darlene, Fêr, João e Aline. A tese é nossa. Gabi, muito gostoso ter seu feedback inteligente e divertidíssimo sobre minha atuação na clínica. Obrigada. Obrigada.

Agradeço à Liane pelo acolhimento que sempre oferece aos seus. Estar contigo é como estar em casa.

Agradeço à Luciana e Ariene, pela convivência, aprendizagens, apoios e por serem pessoas que eu sei que posso contar.

Darlene, como você consegue ser quem é? Nunca, nunca ausente. Você se reproduz e são várias de você respondendo mensagens e estando presente de TODAS as formas! A responsável pela minha epígrafe, pelos livros, pelos filmes, pelas comidas, pelo afeto, pelas risadas e pelo carinho de todos os dias. Eu disse TODOS OS DIAS. Você é incrível para sempre.

Agradeço a meus amigos Taric, Luiz, Marcelo e Deman por serem maravilhosos. Amo vocês! Obrigada a todos os meus amigos que estão por aí e por aqui.

A Tiago, agradeço imensamente pela vida compartilhada e por ter segurado a casa enquanto eu entrava no computador. Obrigada por termos decidido por Duke. Obrigada por termos montado a casa. Pelos finais dos dias na rede. Por me ensinar sobre política. Pela comida diária deliciosa. Por ter topado isso tudo. Obrigada por ter permanecido até o final.

Agradeço a Duke. Por ser ele.

Obrigada à Andrea e à Caio por serem os melhores amigos por tanto tempo. A casa para onde posso correr. Obrigada por trazerem a familiar lealdade baiana para terras paulistanas.

Agradeço à tia Silvinha por ser sempre uma querida representando a família quando todos estão longe.

Quero desejar um obrigada particular aos participantes dessa pesquisa. Eles nunca saberão quão importante foram.

Agradeço a Prof. Dr. Emmanuel Tourinho pela carta de recomendação. Feita duas vezes.

Agradeço à Universidade de São Paulo por oferecer este curso.

Obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta pesquisa.

Resumo

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) baseia-se na Teoria das Molduras Relacionais (RFT) quando aponta a participação da linguagem na formação e manutenção de sofrimentos humanos. Compreendendo o Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA), a RFT explica como a linguagem em seu aspecto literal, com ou sem função de regra, passa a promover padrões comportamentais nocivos como a esquiva experiencial. ACT propõe o uso de intervenções experienciais na prática clínica, em oposição a intervenções analíticas. Intervenções experienciais, diferente de descrições literais e regras, promovem em sessão o contato direto do cliente com a sua própria experiência utilizando recursos como metáforas e exercícios experienciais. Esta pesquisa buscou investigar os impactos de tratamentos predominantemente experiencial e analítico em quatro participantes com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em relação a sintomas de ansiedade, ações valorosas e qualidade de vida. Para isto, foi realizado um delineamento de caso único com reversão e de sonda com quatro fases experimentais (A-B1-C1-B2). Os resultados encontrados não demonstraram controle experimental das VI's sobre as VD's pois não foi observada reversão nos dados com a troca de fase. Por outro lado, houve melhora gradativa das medidas de resultado ao longo da terapia, começando pela linha de base, em alguns casos, e permanecendo no seguimento. Conclui-se que a melhora clínica pode ter ocorrido como efeito cumulativo da psicoterapia ou por fatores não específicos. Defende-se a proposta de uma terapia tecnicamente flexível fundamentada em uma avaliação funcional e na sensibilidade do terapeuta aos comportamentos do cliente em sessão.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is based on the assumptions from the Relational Frame Theory (RFT) concerning how language interferes in establishment and maintenance of human suffering. Through the understanding of Arbitrary Applicable Relational Responding (AARR), RFT explains the origin of harmful behavior patterns such as experiential avoidance. Assuming that rule following may be damaging, ACT suggests benefits in clinical change by using experiential interventions in the clinical practice, as opposed to analytical ones. Experiential interventions, such as metaphors and experiential exercises, promote direct contact of the client with his own experiences. This study investigated clinical impacts of experiential and analytical interventions in four clients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) concerning anxiety symptoms, valued actions and life quality. A reversal and probe single case design was implemented composed by four experimental phases (A-B1-C1-B2). Results found, showed no control of IV's over DV's, once there was no reversal data in consequence of phase alternation. On the other hand, there was a gradual improvement in outcome measurements throughout therapy, starting at baseline in some cases and remaining in follow-up sessions. Clinical changes may have happened due to cumulative effects of therapy or non-specific factors. Finally, the proposal of a technically flexible therapy based on a functional evaluation and sensitivity of the therapist to the behaviors of the client in session is defended.

Lista de Figuras

Figura 1. Casos acumulados de COVID por data de notificação.....	60
Figura 2. Pontuação total da participante C. no OQ-45 ao longo do procedimento.....	74
Figura 3. Pontuação da participante C. nas subescalas do OQ-45 e por fase e por bloco.....	75
Figura 4. Pontuação da participante C. no GAD-7 ao longo do procedimento.....	76
Figura 5. Pontuação da participante C. no GAD-7 por fase e por bloco.....	78
Figura 6. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento.....	79
Figura 7. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Parentalidade e Amigos.....	80
Figura 8. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho e Educação.....	81
Figura 9. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade.....	83
Figura 10. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Civilidade e Autocuidado.....	84
Figura 11. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Amor e Relação sexual.....	85
Figura 12. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Coleguismo- companheiros e Trabalho remunerado.....	86
Figura 13. Pontuação da participante C. no VLQ por fase e por bloco no Tema Trabalho não remunerado.....	87
Figura 14. Pontuação da participante C. no AAQ-II.....	87

Figura 15. Pontuação da participante C. no CFQ-7.....	88
Figura 16. Pontuação da participante C. no PSWQ.....	89
Figura 17. Pontuação da participante C. no FFMQ.....	89
Figura 18. Pontuação total da participante L. no OQ-45 ao longo do procedimento.....	96
Figura 19. Pontuação da participante L. nas subescalas do OQ-45 por fase e por bloco.....	97
Figura 20. Pontuação da participante L. no GAD-7 ao longo do procedimento.....	99
Figura 21. Pontuação da participante L. no GAD-7 por fase e por bloco.....	99
Figura 22. Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento.....	101
Figura 23. Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Parentalidade e Amigos.....	102
Figura 24. Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho e Educação.....	103
Figura 25. Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade.....	105
Figura 26. Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Civilidade e Autocuidado.....	106
Figura 27. Pontuação da participante L. no AAQ-II.....	107
Figura 28. Pontuação da participante L. no CFQ-7.....	108
Figura 29. Pontuação da participante L. no PSWQ.....	109
Figura 30. Pontuação da participante L. no FFMQ.....	110
Figura 31. Pontuação total do participante R. no OQ-45 ao longo do procedimento.....	116
Figura 32. Pontuação do participante R. nas subescalas do OQ-45 por fase e por bloco.....	117

Figura 33. Pontuação do participante R. no GAD-7 ao longo do procedimento.....	119
Figura 34. Pontuação do participante R. no GAD-7 por fase e por bloco.....	120
Figura 35. Pontuação do participante R. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento.....	120
Figura 36. Pontuação do participante R. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Parentalidade e Amigos.....	122
Figura 37. Pontuação do participante R. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho e Educação.....	123
Figura 38. Pontuação do participante R. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade.....	125
Figura 39. Pontuação do participante R. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Civilidade e Autocuidado.....	127
Figura 40. Pontuação do participante R. no AAQ-II.....	128
Figura 41. Pontuação do participante R. no CFQ-7.....	129
Figura 42. Pontuação do participante R. no PSWQ.....	130
Figura 43. Pontuação do participante R. no FFMQ.....	131
Figura 44. Pontuação total do participante I. no OQ-45 ao longo do procedimento.....	136
Figura 45. Pontuação do participante I. nas subescalas do OQ-45 por fase e por bloco.....	138
Figura 46. Pontuação do participante I. no GAD-7 ao longo do procedimento.....	140
Figura 47. Pontuação do participante I. no GAD-7 por fase e por bloco.....	140
Figura 48. Pontuação do participante I. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento.....	141
Figura 49. Pontuação do participante I. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Parentalidade e Amigos.....	143

Figura 50. Pontuação do participante I. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho e Educação.....	145
Figura 51. Pontuação do participante I. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade.....	147
Figura 52. Pontuação do participante I. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Civilidade e Autocuidado.....	148
Figura 53. Pontuação do participante I. no AAQ-II.....	149
Figura 54. Pontuação do participante I. no CFQ-7.....	150
Figura 55. Pontuação do participante I. no PSWQ.....	150
Figura 56. Pontuação do participante I. no FFMQ.....	150
Figura 57. Pontuações de todos os participantes nos instrumentos OQ-45, GAD-7, AAQ-II, PSWQ, CFQ-7 e FFMQ.....	152

Lista de tabelas

Tabela 1. Identificação dos participantes, gênero e idade.....	48
Tabela 2. Delineamento experimental.....	53
Tabela 3. Procedimento experimental.....	56
Tabela 4. Protocolo de adesão ao procedimento.....	63
Tabela 5. Cálculo e comparação das aferições por sessão.....	67

Lista de siglas

ABBT: Acceptance Based Behavior Therapy

AAQ-II: Questionário de Aceitação e Ação II

ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso

BA: Behavior Activation

CCAPS-34: Counseling Center Assessment of Psychological Symptoms

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CFQ: Questionário de Fusão Cognitiva

CFP: Conselho Federal de Psicologia

COVID-19: Coronavírus

EACH: Escola de Artes, Ciências e Humanidades

ECR: Ensaio Clínico Randomizado

EICC: Entrevista Inicial de Conceituação de Caso

EMT: Entrevista de Mudança Terapêutica

FAP: Psicoterapia Analítica Funcional

FFMQ: Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

GAD-7: Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (do inglês, Generalized Anxiety Disorder 7)

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

OQ-45: *Outcome Questionnaire OQ-45*

PBEP: Prática Baseada em Evidência em Psicologia

PSWQ: Questionário de preocupação (*Penn State Worry Questionnaire*)

RFT: Teoria das Molduras Relacionais (do inglês, Relational Frame Theory)

RNT: Repetitive Negative Thinking

RRAA: Responder relacional arbitrariamente aplicável

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada

TAC: Terapia Analítico-Comportamento

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC: meios tecnológicos de informação e comunicação

TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo

TRA: Termo de Responsabilidade do Aferidor

VD: Variável Dependente

VI: Variável Independente

VLQ: Questionário de Valores de Vida (do inglês, Valued Living Questionnaire)

Lista de anexos

Anexo A – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica (Versão traduzida)

Anexo B – Outcome Questionnaire – OQ-45 (Versão brasileira)

Anexo C – Questionário de Ação e Aceitação II (Versão brasileira)

Anexo D – Questionário de Facetas de Mindfulness (Versão brasileira)

Anexo E - Questionário de Fusão Cognitiva (Versão brasileira)

Anexo F – Questionário de Preocupação (Versão brasileira)

Anexo G - Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (Versão brasileira)

Anexo H – Questionário de Valoração (Versão brasileira)

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo J – Termo de Responsabilidade do Aferidos de Fidelidade

Anexo K – Entrevista Inicial para Conceituação de Caso

Sumário

Resumo	10
Lista de figuras.....	12
Lista de tabelas.....	16
Lista de siglas.....	17
Lista de anexos	20
Introdução	22
Método.....	47
Resultados.....	69
Discussão.....	153
Conclusão.....	180
Referências.....	182

Impactos de Intervenções Experienciais e Analíticas na Qualidade de Vida, Ações Valorosas e Sintomas (TAG)

Dá-se o nome de Análise Clínica do Comportamento (ACC) a um corpo de pesquisas e práticas profissionais que tiveram origem na década de 1990 e que vem se desenvolvendo desde então. De acordo com Dougher e Hayes (2000), a ACC pode ser definida como um campo de atuação em população com demandas clínicas “tradicionais” com o uso de princípios e métodos da análise do comportamento moderna funcional e contextual. Em breve histórico Dougher e Hayes (2000) diferenciam a ACC da análise aplicada do comportamento.

A análise aplicada do comportamento teve início na década de 1960 com intervenções analítico-comportamentais em populações institucionalizadas e/ou com acentuado comprometimento do funcionamento “típico”, como pessoas autistas ou com atraso no desenvolvimento. Neste contexto, houve predomínio de manipulação direta de contingências de reforçamento como forma de tratamento (Dougher & Hayes, 2000). Tais contingências eram acessíveis pois os profissionais trabalhavam em contato direto com o ambiente em que os comportamentos-problema ocorriam, permitindo manejo de variáveis partícipes dos comportamentos-problema tanto por parte do terapeuta quanto por parte de outras pessoas que conviviam com a pessoa em tratamento. Esta prática terapêutica estava em absoluta consonância com os princípios do comportamento operante e do método experimental proposto por Skinner (Skinner, 1953).

Contudo, o sofrimento humano é mais amplo do que aquela parcela foco da análise aplicada do comportamento. Melancolia, luto, depressão e ansiedade são vivências humanas que podem motivar a busca por atendimento clínico para alívio de sofrimento. Tendo em vista o tratamento desta população, surgiram questionamentos sobre se o manejo de contingências diretas (utilizada pela análise aplicada do comportamento) seria possível, ou ainda, se seria suficiente para atender a tais tipos de demandas clínicas. Em se tratando de pessoas com a

capacidade verbal plena, seria necessária a formulação de novos princípios que pudessem explicar a aquisição da linguagem e sua participação na construção do sofrimento, bem como capacitar o tratamento clínico deste tipo de demanda. Surge, neste contexto, a Análise Clínica do Comportamento, voltada para a aplicação de intervenções clínicas comportamentais em demandas de sofrimento de pessoas verbalmente capazes, se diferenciando, portanto, da análise aplicada do comportamento (Dougher & Hayes, 2000).

Atualmente, a ACC integra modelos de tratamento clínico com diferentes denominações tais como Terapia Analítica-Comportamental (TAC), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Há um conjunto de reflexões e pesquisas que buscam esclarecer quais elementos devem ser preservados em quaisquer modelos clínicos que se definam comportamentais (Meyer, 1995) e quais elementos podem flutuar fazendo parte de um modelo, mas não necessariamente de outro (Callaghan et al., 2004). Há também controvérsias no que diz respeito aos objetivos da terapia comportamental e debates tentam elucidar se deve haver (e se há) objetivos em comum em todos os modelos clínicos ou se é possível assumir que cada modelo sustente objetivos específicos (Ferreira et al., 2017).

Com relação às características comuns entre os modelos de terapia que fazem parte da ACC, parece haver alguma concordância entre teóricos em assumir a importância de, pelo menos, dois aspectos específicos: a participação de uma avaliação funcional do caso clínico e a compreensão do papel da relação terapêutica no tratamento psicoterápico. De acordo com Callaghan e Darrow (2015), a avaliação funcional é condição *sine qua non* para prática clínica comportamental e, portanto, deve estar presente em qualquer terapia que assim se autodeclare. É o caso de parte das terapias de terceira onda. Em se tratando da relação terapêutica, a FAP tem notório arcabouço de pesquisas e literatura apontando aspectos diversos da importância do manejo da relação terapêutica no trabalho clínico (Aranha et al., 2020; Kohlenberg & Tsai,

1990, Lima, 2017; Lovo, 2019; Moreira, 2018; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017). Sobre este tópico, Hayes et al. (2012) afirmam que as intervenções propostas pela ACT também só funcionarão se colocadas em prática em uma relação terapêutica marcada por abertura e aceitação.

Os modelos terapêuticos comportamentais compartilham também o engajamento em estudos para produção de evidências científicas que deem suporte às suas propostas terapêuticas. Este aspecto está em consonância com o movimento da Prática Baseada em Evidência (PBE). Questionamentos sobre a eficácia e efetividade da psicoterapia surgiram desde a emblemática pesquisa desenvolvida por Eysenck (1952) onde aponta, resumidamente, que não encontrou provas sobre a eficácia da psicoterapia. A *American Psychological Association* (APA) implementou esforços em desenvolver um modelo da Prática Baseada em Evidência em Psicologia (PBEP) representado ao longo dos anos pela realização de algumas forças tarefas que colocaram em prática tais esforços. Na década de 1990, por exemplo, a divisão 12 da Força Tarefa para a Divulgação e Promoção de Procedimentos Psicológicos da APA inaugurou o conceito de Terapia Baseada em Evidência (TBE). Em 1993, a divisão 12 lança outra força tarefa para definir tratamentos empiricamente validados. O objetivo foi verificar a participação de fatores específicos na melhora clínica como, por exemplo, procedimentos terapêuticos.

Em contrapartida, um conjunto de pesquisadores (e.g. Dubeis et al., 2005) argumentaram a favor de uma maior importância da participação de fatores comuns na eficácia clínica, em oposição a participação de fatores específicos. Para Kazdin (2005), fatores comuns se referem a variados traços, atividades e características relacionados à psicoterapia, aos pacientes e ao terapeuta. Fatores comuns são características do cliente, do terapeuta e da relação terapêutica relacionados à melhora clínica que podem estar presentes em procedimentos terapêuticos diferentes. Polêmicas e críticas se acumularam ao longo dos

anos em torno da melhor definição da PBEP que culminou com a tentativa da APA em 2002 (juntamente com a *Society for Psychotherapy Research*) e, posteriormente em 2005, em reunir fatores considerados relevantes por grupos diferentes de pesquisadores. Dessa forma, foi elaborado o seguinte conceito de PBEP que vigora até os dias atuais: “integração da melhor pesquisa disponível com a expertise do clínico no contexto das características, cultura e preferências do paciente”¹ (<https://www.apa.org/practice/resources/evidence>). (para mais detalhes ver Leonardi & Meyer, 2015 e Elink et al. 2019)

De acordo com a APA, “o propósito da PBEP é promover prática psicológica e melhorar a saúde pública aplicando princípios empiricamente sustentados de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção.” (<https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>). No que diz respeito às melhores pesquisas disponíveis e a produção de princípios sustentados empiricamente, coexistem no cenário de pesquisa clínica em psicologia alguns tipos de métodos e delineamentos de pesquisa para produzir dados confiáveis, entre eles, delineamento de caso único, estudos de resultado e de processo, estudos sobre intervenção, ensaios clínicos randomizados e meta-análises. É importante notar que cada um desses métodos e delineamentos possuem alcances e limites na produção de dados.

Pesquisas de resultado e pesquisas de processo, são tipos de pesquisas que respondem a propósitos diferentes, mas ambas contribuem para produção de evidência em psicologia. Enquanto pesquisas de resultado agregam dados a questões sobre eficácia de psicoterapias, as pesquisas de processo respondem a perguntas com relação aos mecanismos de mudança clínica (Greenberg, 1986). Pesquisas de resultados são articuladas a diferentes métodos como Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) e delineamentos de caso único. De acordo com Kazdin (2002), a racional que subjaz delineamentos de caso único é similar àquela que subjaz

¹ Tradução livre da autora.

delineamentos de grupo (ECR). Ambos comparam o efeito de variáveis independentes na performance em diferentes condições. No caso do ECR, a comparação é feita entre dois grupos, onde um recebeu o tratamento alvo e o outro recebeu um tratamento alternativo ou nenhum tratamento. A diferença na performance poderia, então, ser atribuída a diferença nas condições. No delineamento de caso único, por sua vez, os dados comparáveis são relativos ao mesmo indivíduo em duas ou mais condições diferentes ao longo do tempo. Deste modo, a característica mais importante deste delineamento é a verificação contínua de medidas repetidas ao longo desse tempo (Kazdin, 2002). Embora o ECR seja considerado o padrão ouro na produção de eficácia em psicoterapia, estudos de caso único encontram importância, entre outras questões, por aproximar a pesquisa clínica da prática clínica (Kazdin, 2021).

Dentre as propostas terapêuticas pertencentes à ACC, destaca-se a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como um dos modelos terapêuticos comportamentais pela alta produção de publicações sobre evidências clínicas. Nos últimos 30 anos, mais de 700 ECR foram conduzidos e mais de 60 artigos foram publicados entre revisões e meta-análises sobre ECR em ACT (Gloster et al., 2020). Tais estudos abordam tópicos diversos transitando entre aqueles mais amplos, como qualidade de vida, até os mais específicos, como diagnósticos de depressão ou ansiedade. Gloster et al. (2020) publicaram uma revisão de meta-análises de ECR e encontraram que a ACT é eficaz para demandas diversas, tais como abuso de substâncias, ansiedade, depressão, dor crônica e grupos transdiagnósticos.

Embora haja vasta publicação em pesquisas de resultado, a ACT tem se voltado mais veementemente para o estudo dos processos comportamentais envolvidos na mudança clínica. Há controvérsias na literatura sobre quais seriam os verdadeiros mecanismos de mudança entre todos os processos comportamentais descritos no hexaflex, a saber: desfusão cognitiva, aceitação, contato com o momento presente, self como contexto, valores e ação com compromisso. O hexaflex é uma representação gráfica que simboliza um modelo de

psicopatologia com seis pontos onde cada ponto simboliza um desses processos (Hayes et al., 2006). As pesquisas de processo de mudança clínica em ACT são produzidas para, entre outros, dois grandes objetivos: esclarecer quais os processos comportamentais básicos presentes nos componentes do hexaflex (e.g. Assaz et al., 2018) e testar empiricamente os efeitos da manipulação de cada componente do hexaflex em repertórios comportamentais diversos (Levin et al., 2012).

Para além de produzir pesquisas de processo, mais atualmente foi sistematizada uma proposta que visa entender a própria ACT como um tipo de Terapia Baseada em Processo (TBP). A TBP propõe identificar quais seriam os processos comportamentais de mudança clínica baseados em evidências vinculados a procedimentos terapêuticos específicos, também baseados em evidência, com o objetivo de resolver problemas psicológicos e, principalmente, promover vivências mais prósperas para os indivíduos (Hoffman & Hayes, 2019).

Em termos de sustentação teórica e empírica, a ACT, enquanto modelo terapêutico, está ancorada em uma proposta pós-skinneriana de compreensão da linguagem e de sua participação chave na produção e manutenção do sofrimento psicológico. Tal compreensão foi proposta pela Relational Frame Theory (RFT). Para a RFT, linguagem é o comportamento aprendido de construir e responder a relações derivadas (ou relações indiretas) sob controle de uma pista contextual (Hayes et al., 2001). Ele é uma categoria de comportamento operante, mas difere do responder relacional oriundo de contingências diretas (relações baseadas na contiguidade entre estímulos) e/ou por meio de características físicas semelhantes (como na generalização). De acordo com Törneke (2010), as relações derivadas são aprendidas sem treino direto e seu grande efeito no comportamento como um todo é a possibilidade de, a partir delas, funções de estímulos ser alteradas ou adquiridas. Além disso, “esta forma especial de relacionar é governada por pistas contextuais que especificam a relação, a despeito das propriedades dos estímulos que estão sendo relacionados.” (p. 76). Em outras palavras, as

relações derivadas podem ser chamadas de relações arbitrárias, justamente porque o estímulo que as regula é produto de um acordo social (pista contextual), e por haver total independência entre a pista contextual e os estímulos relacionados, é que esta relação (derivada) é chamada de responder relacional arbitrariamente aplicável (RRAA) (Törneke, 2010).

Qualquer estímulo pode participar e ser alterado por essas relações, inclusive os eventos privados. Isto quer dizer que se a palavra “ruim” adquire propriedades aversivas na cultura via treino direto, e a construção verbal “sentir ansiedade é ruim” é formulada, é esperado que a ansiedade também apresente propriedades aversivas, neste caso, indiretamente. Este tipo de RRAA é do tipo coordenação, uma vez que “ruim” e “ansiedade” irão compartilhar características similares. Mas outras relações também podem emergir: de oposição (oposto a), hierárquicas (referência de parte e todo como relações de inclusão, por exemplo), condicional (se, então), comparativas (isso ou aquilo), dêiticas (pontos de vista diferentes, por exemplo, eu-você, agora-depois, aqui-lá) e distinção (diferente de) (Hayes et al., 2001).

Habilidades verbais permitem a produção de belas e tipicamente humanas obras de arte tais como literatura, cinema e música. Por outro lado (mas não exatamente contrário a essas obras), a linguagem também participa do surgimento e manutenção de sofrimentos tipicamente humanos. A RFT aponta que um importante componente que participa da composição de sofrimentos humanos é nomeado como esquiva experiencial. Como qualquer outra esquiva, a esquiva experiencial é mantida por reforçamento negativo. Sua especificidade reside no fato de o estímulo removido ou evitado ser necessariamente um estímulo privado. De acordo com Soriano et al. (2004), a esquiva experiencial não é necessariamente um problema e pode fazer parte do funcionalmente saudável de alguém, como a ação de retirar um espinho do pé que provoca dor, por exemplo.

Soriano et al. (2004) explicam ainda que a esquiva experiencial é uma classe operante de um padrão contrário ao autocontrole, onde respostas ficam sob controle de consequências imediatas (remoção ou esquiva de estímulos privados aversivos) em detrimento de consequências possivelmente positivas a longo prazo. O resultado disto é que a esquiva experiencial pode ter como produto um custo pessoal enorme relacionado ao abandono de outras contingências relevantes na vida, o que a torna significativamente nociva.

Voltando ao exemplo em que alguém que está sentindo ansiedade aprende por treino indireto que “sentir ansiedade é ruim”, supondo que ela também aprenda indiretamente que “quem sente ansiedade é fraco”, outras relações podem ocorrer como nas descrições “eu sou fraca”, “pessoas fracas são covardes”, e ainda “eu sou covarde portanto não vou arranjar emprego”. Neste caso, uma vez que esta pessoa se comporta sob controle destas descrições como, por exemplo, não indo a entrevistas de emprego, entende-se que ela está sob controle literal dos seus pensamentos. De acordo com Blackledge (2007), a linguagem pode envolver um foco atencional no produto de relações derivadas (eu sou fraca) e não no processo que as constrói. Isto quer dizer que, no lugar desta pessoa prestar atenção na cadeia que construiu as autodescrições, ela fica sob controle do produto final dessa cadeia como “eu sou covarde portanto serei reprovada na entrevista de emprego”, e falta a entrevistas de emprego para não se sentir fraca ou covarde. Sem emprego, ela pode não acessar uma série de consequências positivas a longo prazo como viajar, por exemplo. Dessa forma, a ausência de sensações aversivas mantém a esquiva experiencial e afasta outras contingências que podem ser importantes a longo prazo.

Hayes et al., (1996) e Luciano (2016) sugerem que a esquiva experiencial participa de variados quadros psicopatológicos. É possível, por exemplo, que a esquiva experiencial seja um elemento chave na compreensão de transtornos como o obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). No caso do TOC é possível pensar que a esquiva

experencial ocorra no formato de rituais (compulsões) que têm como função interromper ou evitar as obsessões. Já no caso do TAG, resolver problemas continuamente poderia ter a função de eliminar preocupações constantes e intrusivas.

Em se tratando do objetivo da ACT, de acordo com Zettle et al., (2016) ela tem como proposta melhorar a saúde mental e a efetividade comportamental humana por meio da promoção da flexibilidade psicológica. Para Luoma et al., (2007) a ACT “é uma intervenção psicológica baseada na psicologia comportamental moderna, que aplica processos de mindfulness e aceitação, e processos de comprometimento e mudança comportamental, para criação da flexibilidade psicológica”² (p. 22). Plumb e Viladarga (2010) afirmam que a flexibilidade psicológica é a habilidade de persistir em atividades de vida valorosas, mesmo experimentando eventos privados aversivos. Para Törneke et al. (2016) a flexibilidade psicológica consiste na “habilidade para notar e reagir a pensamentos, sentimentos, e outros comportamentos para dar oportunidade de agir em direção a objetivos importantes”.

Para desenvolver a flexibilidade psicológica, o terapeuta deve, a partir da demanda do cliente e do que ele traz em sessão, promover intervenções que transitem entre os seis processos que compõem o hexaflex: aceitação de eventos privados, desfusão cognitiva de funções literais de pensamentos, consciência de um self observador (ou self como contexto), contato com o momento presente (ou atenção flexível), consciência sobre valores de vida e atividades de vida compromissada com esses valores (Hayes et al., 2006).

Para Hayes et al. (2012) aceitação é “a adoção voluntária de uma postura intencionalmente aberta, receptiva, flexível e isenta de julgamentos com respeito à experiência momento a momento” (p. 272) que inclui tanto a experiência do indivíduo quanto o contexto que a evoca (Hayes & Hoffman, 2020). Aceitação pode ser definida também como

² Tradução livre da autora.

o comportamento de descrever pensamentos, sentimentos e sensações corporais sem tentar alterá-los (Zettle et al., 2016). No lugar de tentar diminuir ou eliminar estes eventos, o cliente é encorajado a entrar em contato com eles exatamente como eles se apresentam.

Com relação à desfusão cognitiva, segundo Hayes et al. (1999) indivíduos ficam fusionados com o conteúdo psicológico (conteúdo literal) de eventos verbais quando há predomínio de funções derivadas da linguagem no repertório em questão. Como produto, alguns pensamentos ficam fortemente conectados com certos padrões comportamentais (contexto de literalidade). Para Hayes e Hoffman (2020), um estado de fusão cognitiva ocorre quando as respostas do indivíduo estão sob forte controle de eventos verbais (pensamentos) e, por isso, o contato com estimulações alternativas fica reduzido. O processo de desfusão cognitiva envolve uma ampliação da consciência sobre o comportamento de pensar desfocando do significado literal dos pensamentos ou conteúdo. Em outras palavras, desfusão envolve modelar a observação do processo de responder a relações derivadas, no lugar de observar o estímulo produto do responder relacional derivado (Blackledge, 2007). A desfusão cognitiva tem como objetivo ampliar a atenção do indivíduo para variáveis com as quais ele pode entrar em contato mais diretamente e que estaria com as suas funções reduzidas em virtude do amplo controle por fontes verbais (Hayes & Hoffman, 2020), fazendo com que tais variáveis evoquem uma diversidade maior de respostas (Assaz, 2020).

Com relação a consciência de um self observador, Hayes et al. (2012) explicam que promover esta consciência significa a construção de uma experiência relacionada a estar consciente que o indivíduo é o contexto, mais ou menos contínuo, em que as vivências, que são efêmeras, ocorrem. A partir desta consciência colocada em prática com abertura e no momento presente, as vivências podem ser contempladas, permitidas e não avaliadas. Um self observador é uma perspectiva a partir da qual pode-se perceber, falar, agir, etc. (Luoma et al., 2007). Esta consciência ocorre quando há discriminação entre indivíduo e suas experiências e,

principalmente, a concepção de que o indivíduo não se reduz ou se define por uma experiência, mas é composto por um conjunto delas (Hayes et al., 2012). Em outras palavras, um self observador envolve reduzir as funções de controle de estímulo de determinada resposta promovendo um responder a esta resposta em hierarquia com um “eu” (Zettle et al., 2016).

Estar no momento presente, por sua vez, quer dizer direcionar a consciência para o aqui e agora; trazer o foco da atenção para o momento exato em que experiências estão ocorrendo; observar e notar as experiências que aparecerem de momento a momento, que incluem tanto ocorrências no próprio indivíduo, quanto ocorrências no ambiente em que ele está (Luoma et al., 2007). A dificuldade em ter ou adquirir esta habilidade reside na ideia pressuposta sobre a força do repertório de prestar atenção em pensamentos. Enquanto humanos, aprender a ficar sob controle de pensamentos é útil em diversas instâncias (dando uma aula com argumentos lógicos, por exemplo). Por outro lado, na medida em que os pensamentos passam a participar de sofrimentos psicológicos, a restrição da atenção aos pensamentos pode se tornar problemática e perpetuadora de mais sofrimento. Deste modo, estar em contato com a contingência direta no momento adquire utilidade como uma resposta alternativa à fusão cognitiva. Segundo Hayes et al. (2012), a habilidade de estar presente é sobre viver a flexibilidade no aqui e agora. Ela é importante e perpassa todo o tratamento ACT: “o agora é onde a aceitação e a desfusão são possíveis, e o agora é onde valorar e ação compromissada têm sua maior relevância.” (p. 202)

No que diz respeito a valores, segundo Hayes et al. (2012) o conceito de valor envolve fazer escolhas livres bem como construir suas qualidades verbalmente. Valores seriam qualidades do comportar-se que tem como características essenciais sua estabilidade e a possibilidade de ser conhecidas. Tais qualidades devem ser descritas pelo sujeito como regras do tipo aumentadores (*augmental*) pois elas irão fornecer funções reforçadoras para o próprio

comportamento descrito (Ferreira et al., 2020) (a definição de *augmental* será retomada mais a frente). Intervenções envolvendo valores se inserem no campo motivacional da terapia. Descrever valores pode fomentar motivação para a ação (com funções reforçadoras) ainda que o indivíduo esteja em sofrimento. Mesmo os passos mais sutis em direção a uma vida valorosa, podem trazer vitalidade. A construção deste senso de direção a uma vida valorosa seria o objetivo último da ACT (Hayes et al., 2012).

Por fim, na promoção da ação com compromisso, o terapeuta incorpora métodos tradicionais da terapia comportamental (e.g. modelagem, exposição) assumindo que ação com compromisso supõe uma habilidade do cliente para responder (Luoma et al., 2007). Ações que representam compromissos com valores ocorrem em um momento particular, exprimindo algum valor específico e são intrinsecamente reforçadas (Hayes et al., 2012). Para Harris (2019), ação com compromisso traduz valores em padrões de comportamento contínuos, efetivos, dinâmicos, abertos ou encobertos. Tais padrões podem ocorrer em sessão e fora dela. O terapeuta deve ficar atento de modo a promover contexto para ação com compromisso sempre que o cliente precisar de ajuda para ultrapassar barreiras para iniciar, colocar em prática e sustentar ações valorosas efetivas (Harris, 2019).

É importante notar que a ordem exposta dos processos não traduz uma sequência que deve ser colocada em execução em um planejamento terapêutico. Não há uma sequência pré-definida teoricamente na ordem de implementação das intervenções de acordo com os processos do hexaflex. Ao contrário, tais intervenções deverão ser baseadas no repertório comportamental apresentado pelo cliente. Skinner (1974) define repertório como “aquilo que a pessoa [...] é capaz de fazer, dadas as circunstâncias adequadas (p. 138). É importante ressaltar, portanto, que a escolha das intervenções deve depender do repertório que o cliente apresenta no momento e do que ele traz na sessão terapêutica enquanto demanda. Segundo Harris (2019), é justamente esta característica não linear da ACT que a torna complexa e não

protocolar. Esta característica confere ao terapeuta flexibilidade no manejo clínico por abrir espaço para que o trânsito entre os processos psicológicos seja influenciado por uma série de outras características como, por exemplo, expertise do terapeuta, momento de vida do cliente, motivação do cliente naquele momento específico da sessão, etc., o que, inclusive, propicia a construção de flexibilidade psicológica. Vale notar que algumas dessas características são encontradas também na definição de TBE o que também aproxima a ACT do movimento da PBE.

Dado o intuito de construir flexibilidade psicológica, a ACT propõe alterar o contexto verbal em que experiências psicológicas não desejadas ocorrem com o objetivo de mudar a função dessas experiências. Segundo Villatte et al (2016) ao contrário da rigidez promovida pelas intervenções analíticas é mais vantajoso que o terapeuta altere o contexto verbal facilitando o contato do cliente com a própria experiência de forma mais direta. Mas em que consiste a rigidez de intervenções mais analíticas sugerida por Villatte et al. (2016)?

Para entender a relação entre intervenções analíticas e rigidez comportamental faz-se necessário uma análise sobre regras e o comportamento de seguir regras. Com a proposta de sistematizar a terapia comportamental, Meyer (2004) enumera e discute processos comportamentais comuns que participam de mudanças terapêuticas. São descritos quatro processos: terapeuta fornece regras, favorece autorregras, fornece estimulação suplementar e modela repertórios. Cabe notar que dos quatro procedimentos, dois deles envolvem regras.

Segundo Skinner (1969), regras são estímulos antecedentes verbais que adquirem função por meio de uma história de reforço social disponibilizado pela comunidade verbal. Como tal, regras funcionam como estímulo discriminativo, formulado e derivado a partir das contingências e evocam um comportamento por elas especificado.

O comportamento de seguir regras, por sua vez, seria mantido devido ao histórico de

reforçamento social do comportamento de seguir regras similares no passado (Catania, Matthews & Shimoff, 1990; Catania, Shimoff & Matthews, 1989; Cerutti, 1989). Zettle e Hayes (1982) propõem duas fontes de controle para o comportamento de seguir regras baseadas em duas variáveis de controle distintas: variáveis sociais, ou consequências mediadas socialmente para o responder de acordo com regras, e variáveis atuais, ou seja, aquelas que seguem o comportamento de seguir regras. Isto é, uma regra é seguida por causa de uma história passada de reforçamento social mediado pela correspondência entre regras similares e comportamento relevante (*pliance*), ou devido à correspondência entre as regras e as contingências que ele chama de não arbitrárias (*tracking*).

Uma terceira forma de caracterizar uma regra não depende exatamente da variável que segue o seguimento de regra, mas do efeito que ela tem sobre alguns estímulos. Segundo Zettle e Hayes (1982) o *augmentalg* é um tipo de regra que atribui ou altera função de determinado estímulo. De modo similar, Schlinger e Blakely (1987) discutem que regras podem assumir outra função além de estímulo discriminativo. No lugar de apenas evocar um comportamento devido a uma história de reforçamento, a regra poderia também alterar funções de outros estímulos, tais como funções evocativas, estabelecedoras, condicionais, reforçadoras e punitivas. Esta característica das regras tem participação relevante no modelo terapêutico da ACT, como discutido anteriormente com o tema das relações derivadas.

No que diz respeito à participação de regras na terapia comportamental, Skinner (1989) afirma que o terapeuta comportamental que trabalha em consultório (diferentemente daquele que trabalha em ambiente mais controlado como instituições) atua emitindo regras, seja na forma de conselhos ou de descrições de contingências. Parece haver certo consenso na história da construção da terapia comportamental sobre como intervenções baseadas em regras promovem rapidez na mudança terapêutica, se comparadas com intervenções sem o uso de regras. Tal rapidez se faz importante, por exemplo, em casos de indivíduos que

apresentam alto grau de sofrimento psíquico e que, por isso, necessitariam de uma intervenção com impacto rápido e emergencial (risco de suicídio, por exemplo). Outra vantagem no controle por regras se dá em casos em que as contingências envolvem consequências a longo prazo. Autores como Catania (1999) descrevem que as regras (ou instruções) possibilitam alterar o comportamento do ouvinte, sem que as consequências naturais precisem estar presentes, seja porque são ineficientes ou porque ocorrem muito tempo depois da resposta.

Banaco (1997) discute benefícios na intervenção baseada em regras quando discorre sobre o caso atendido por ele cujo problema clínico envolveu o seguimento de autorregras, descritas como pensamentos obsessivos de autolesão. Segundo sua análise, o cliente se encontrava em um contexto pobre de reforçadores, e o excessivo seguimento de autorregras o impedia de entrar em contato com as contingências em vigor para, por exemplo, criar novas relações sociais reforçadoras. Ele estava, naquele momento, isolado socialmente e em sofrimento por isto. Segundo Banaco (1997), o cliente “se esquivava de possíveis acontecimentos ruins, ‘pensando’ que eles poderiam acontecer” (p. 84). Ao final do dia, ele sentia alívio por esses eventos não terem acontecido e por não ter concretizado as autolesões. O alívio, devido a poucas relações reforçadoras vividas, teria propriedades reforçadoras importantes na vida do cliente. Outras autorregras diziam respeito a situações sociais que deveriam ser evitadas (e.g. “Não sou capaz de ficar perto de pessoas”). Assim, compôs parte das intervenções terapêuticas desafiar regras já existentes no repertório do indivíduo ou criar novas regras que incentivassem a criação e contato dele com contingências reforçadoras, incluindo aqui a própria relação terapêutica. São apontados bons resultados clínicos a partir destas intervenções, dentre eles, a diminuição na frequência de pensamentos obsessivos e criação de novas relações reforçadoras.

Por outro lado, não são incomuns questionamentos na literatura da terapia

comportamental sobre as possíveis desvantagens no seguimento de regras. Hayes et al. (1986) realizaram um experimento para testar o efeito de instruções na sensibilidade a esquemas de reforço. Eles concluíram que medidas de sensibilidade a esquemas de reforçamento em humanos podem ser atenuadas por fontes de controle verbais. Isto é, haveria uma interação entre dois tipos de responder diferentes: modelado e instruído. Ainda que as regras descrevam adequadamente as contingências em vigor, um possível efeito de sua introdução é a competição com o controle por consequências diretas. Essas conclusões repercutem até os dias atuais gerando preocupações sobre o uso de regras para promover contato do indivíduo com contingências em contextos aplicados (Catania, 1999).

Haja vista: a) a participação da literalidade da linguagem na construção de sofrimentos psicológicos diversos; b) a possibilidade de aumentar o controle por relações verbais com o uso de intervenções verbais literais com ou sem a função de regras; c) podendo promover o aumento de seguimentos de regras do tipo *pliance* que não estão, por definição, sob controle de contingências naturais do seguimento de regra, diferente do *tracking*; d) possibilitando maior insensibilidade às contingências; e) e a manutenção de processos psicológicos partícipes de sofrimentos diversos como, por exemplo, fusão cognitiva; o uso de intervenções deste tipo (aqui chamadas de intervenções analíticas) torna-se questionável na prática clínica. Neste ponto, a ACT assume postura mais definitiva em privilegiar outro tipo de intervenção na psicoterapia, diferente de intervenções analíticas. Uma intervenção mais interessante seria, portanto, aquela que que escape do controle verbal literal e que promova, em momentos chave da terapia, o contato direto com estímulos e contingências de reforçamento de modo a expandir a fonte de controle comportamental para além dos limites impostos para relações verbais que participam de sofrimentos psicológicos.

Villatte et al (2016) afirmam que a RFT, com sua concepção de linguagem, propõe formatos de intervenções que escapam ao modelo da terapia comportamental mais tradicional.

Tais propostas destacam os malefícios de um uso excessivo de análises verbais ressaltando, em contraste, a importância de se promover em terapia o contato com a experiência direta do cliente, ou, em outras palavras, utilizando intervenções experienciais. Hayes et al. (1999) afirmam que a principal forma de alterar relações verbais é alterando o contexto em que elas ocorrem. Inserir relações verbais literais nas intervenções terapêuticas, além de não eliminar as relações verbais problemáticas, adiciona outras na rede já existente, tornando-a ainda mais complexa. Uma maneira de alterar o contexto é justamente utilizando metáforas e exercícios experienciais que não perpetuam a literalidade de intervenções mais analíticas.

De acordo com Villatte et al. (2016) uma sessão experiencial é um contexto de evocação do repertório de exploração do próprio cliente incentivando-o a ser curioso e aberto à sua própria experiência bem como ao contexto ambiental. Para produzir este contexto de evocação, podem ser utilizados diversos procedimentos, tais como metáforas, promoção de novas narrativas sobre a própria experiência, exercícios experienciais como meditação, objetificações de sentimentos, etc. Embora numerosos e diversificados, esses procedimentos compartilham o pressuposto comum de utilizar a linguagem de maneira não literal. Por meio de tal uso, ocorreria desliteralização de conteúdos psicológicos para que o cliente fique menos vulnerável aos efeitos da fusão cognitiva (Foody et al., 2014), criando um mundo verbal onde ele pode explorar novos comportamentos e descobrir as contingências por ele mesmo (Stoddard & Afari, 2014).

Segundo Törneke (2010), metáforas são um tipo de analogia e explica sua definição a partir do seguinte exemplo: “argumentar com ele é como ser atropelado por um caminhão” (p. 96). Esta descrição remete a dois eventos: uma pessoa que discute com outras pessoas e alguém que foi atropelado por um caminhão. Esses dois eventos contêm RRAA (alguém que não foi atropelado por um caminhão entra em contato com este evento por meio de funções verbais, por exemplo) e são colocados em uma relação arbitrária de coordenação sob controle

da pista contextual “é como”. Por outro lado, esses eventos também compartilham similaridades não arbitrárias que seria, por exemplo, como seria para parar uma conversa e parar um caminhão. Törneke (2010) afirma que, entre outras, a mais importante para composição dessa metáfora é uma relação causal entre ficar no caminho de alguém e suas consequências. A metáfora funciona, portanto, transferindo suavemente para um evento características que são evidentes em outro, atuando como promotora de transformações de funções, a partir da similaridade não arbitrária entre os eventos. Tal recurso pode ser útil no atendimento clínico pois, entre outros efeitos, salienta em sessão determinados aspectos não arbitrários de um evento importante a ser discriminado pelo cliente.

Para Foody et al. (2014), o uso de metáforas em sessão, enquanto formato experiencial da linguagem, é amplamente recomendável pela ACT. A metáfora funciona como um rico contexto verbal que dispara vivências experienciais no momento do atendimento, pois evoca sentimentos e pensamentos semelhantes àqueles vivenciados pelo cliente em ambiente natural. A metáfora, adicionalmente, pode ajudar também a diminuir as chances de o cliente reagir com “resistência” a determinada intervenção do terapeuta por, em virtude do seu caráter mais inespecífico, se aproximar mais da experiência do cliente se comparada a regras (Hayes et al., 2011). Outro benefício consiste no fato de a metáfora direcionar a atenção do cliente para aspectos novos da situação, não notados previamente por causa dos limites que a descrição literal realizada até então pelo cliente impõe à experiência (Foody et al., 2014), uma vez que a linguagem no seu formato literal não consegue apreender todas as facetas da experiência direta (Hayes e Hoffman, 2019).

Com relação aos exercícios experienciais, Hayes et al., (1999) afirmam que a literatura não fornece uma definição muito precisa sobre eles, mas parece que, tal como as metáforas, exercícios experienciais são úteis em ajudar os clientes a entrar em contato com os sentimentos, pensamentos e sensações físicas que tendem a ser evitados. Embora Hayes et al.

(1999) apontem ausência de definição precisa, há uma vasta coleção de descrições de exercícios experienciais espalhados na literatura da ACT (e.g Stoddard & Afari, 2014). Assaz (2020) além de descrever os exercícios “brincar com palavras” e “objetificar pensamentos” explica como eles funcionam para promover repertórios de desfusão cognitiva. Segundo ele, tais exercícios apresentam

o estímulo com funções verbalmente adquiridas (i.e. o pensamento) de modo distinto do habitual e, em função da mudança de controle de estímulos, reduzem o controle destas funções, que passa a ser predominantemente feito pelas propriedades formais, eliciando e evocando respostas alternativas.” (Assaz, 2019, p. 56).

O objetivo do terapeuta experiencial seria, portanto, ampliar o contato do cliente com aspectos não arbitrários do ambiente (Stoddard & Afari, 2014). Para Hayes et al. (2011), se assumido que também ocorre aprendizagem de regras em sessão, seja este um objetivo do terapeuta ou não, isto aumentaria as chances de o cliente responder de forma mais direta a contingências, favorecendo *tracking*, em contraste com intervenções mais analíticas que favorecem o *pliance*, na medida em que o cliente pode ficar sob controle de consequências providas pelo terapeuta enquanto emissor de regras (Hayes et al., 2011). Enquanto regra, o *tracking* é preferível pois, ainda que seja uma regra e por isso apresente os perigos apresentados anteriormente, permite que o indivíduo entre em contato com consequências diversas do ambiente. Na medida em que o que controla este tipo de seguimento de regra são as consequências contatadas diretamente, torna-se atenuado (embora possivelmente presente) o problema da insensibilidade ao contexto promovido por regras.

A partir do exposto, será assumida aqui a seguinte definição de intervenção experiencial: comportamento verbal do terapeuta que aumenta e diversifica o contato perceptual direto (proprioceptivo, interoceptivo ou exteroceptivo - visual, auditivo, gustativo, olfativo, tátil) do cliente com propriedades formais de estímulos relacionados ao próprio comportamento

(incluindo respostas abertas, encobertas e estímulos ambientais) no momento presente da sessão. Os procedimentos que promovem o contato perceptual direto são o uso de metáforas e exercícios experienciais em sessão. Essas intervenções são colocadas em prática perpassando os processos descritos no hexaflex a depender da sessão experimental. Com relação as intervenções analíticas, elas são compostas por descrições verbais literais que traduzam intervenções focadas nos processos do hexaflex. Esta tradução dos processos em descrições formais foi feita para que as intervenções analíticas contemplem os mesmos processos alvo (e.g. self como contexto) contemplados pelas intervenções experienciais, isolando assim o tipo de intervenção como única diferença entre as fases (para mais detalhes sobre as intervenções analíticas ver Protocolo de Adesão ao Procedimento).

Alguns estudos foram realizados com o objetivo de discutir como intervenções experienciais funcionam enquanto procedimentos terapêuticos e quais são os efeitos de sua inserção em repertórios diversos do cliente. Kanter et al. (2006) realizaram um estudo teórico comparando procedimentos da ACT e da Ativação Comportamental (BA – *Behavior Activation*) em tratamentos para depressão. Eles sugerem que parece haver maior presença de intervenções analíticas na BA, que privilegia a ativação como mecanismo da mudança comportamental se comparado com a ACT que privilegia intervenções com foco na aceitação. Kanter et al. (2006) sugerem que outros estudos investiguem se variáveis verbais (e.g. análise funcional e controle por regras) presentes na BA, entre outras propostas de intervenção, levam a melhores resultados para clientes específicos se comparadas a outras variáveis.

McMullen et al. (2008) produziram um estudo análogo experimental onde manipularam instruções breves e simples versus instruções e exercícios experienciais. O caráter inovador desta pesquisa reside em ter sido a primeira a mostrar que exercícios experienciais teriam participação crítica na efetividade de intervenções baseadas em aceitação. Por outro lado, a amostra foi pequena (80 participantes) e não clínica, o que

impede a transposição direta dos resultados para contextos clínicos aplicados.

Levin et al. (2012) realizaram uma meta-análise de estudos de componente (envolve eleger alguns componentes do hexaflex e investigá-los em separado) baseados em laboratório cujas variáveis independentes foram tipos diferentes de intervenções: racional (psicoeducação, neste caso), metáforas e exercícios experienciais terapêuticos. Seus resultados mostram que componentes têm maior impacto em resultados psicológicos quando incluem metáforas e exercícios experienciais quando comparados com explicações verbais e apenas racionais. Os autores indicam que outros estudos são necessários para testar o efeito de componentes isolados versus combinados versus sequência de componentes.

Villatte et al. (2016) produziram uma pesquisa com linha de base múltipla com 15 indivíduos com depressão e/ou ansiedade sobre tratamento modularizado com o objetivo de examinar relações entre componentes, processos e resultados. Foram manipulados dois módulos de tratamento: *ACT OPEN* com foco em processos de desfusão cognitiva e aceitação e *ACT ENGAGED* com foco em valores e ações comprometidas com valores. No *ACT OPEN* foram introduzidas metáforas e exercícios experienciais, além de o terapeuta utilizar a linguagem para promover uma postura curiosa e aberta com as experiências psicológicas e práticas de consciência não avaliativa. Este módulo teve como objetivo reduzir respostas prejudiciais a pensamentos, sentimentos e sensações. No módulo *ACT ENGAGED* houve exploração de valores pessoais dos clientes de modo a construir e/ou esclarecer um senso de propósito e direção. O terapeuta ajudou os clientes a formularem valores como fontes de reforçamento intrínseco (no lugar de reforçamento negativo). Foram utilizadas metáforas, com o objetivo de ampliar os repertórios comportamentais e contingências de *tracking* que dessem suporte à ação valorosa, exercícios experienciais e uma linguagem que orientasse o cliente a ter suas experiências como um guia efetivo de ação. Por fim, estratégias de compromisso comportamental foram desenvolvidas para promover generalização e

manutenção de ações valorosas.

Villatte et al. (2016) partiram da seguinte hipótese: ambas intervenções produziram melhoras em sintomas psiquiátricos e qualidade de vida assim como em processos psicológicos alvo. Diferenças nos resultados foram esperadas em processos alvo em apenas um módulo de intervenção. De acordo com os resultados: a) ambos os módulos tiveram efeitos similares em valores relativos à severidade dos sintomas e consciência e não reatividade; b) o módulo *ACT OPEN* teve maior efeito em medidas relativas à desfusão cognitiva e aceitação experiencial; c) o módulo *ACT ENGAGED* teve maior efeito em medidas relativas à qualidade de vida e ação baseada em valores. Houve redução dos sintomas e melhora significativa na qualidade de vida mesmo quando julgamentos e credibilidade em pensamentos negativos permaneceram altos.

A partir destes dados, Villatte et al. (2016) argumentam que, possivelmente, técnicas de tratamentos diferentes podem ser usadas para alterar os mesmos processos de mudança, permitindo a terapeutas a flexibilidade de adaptar as intervenções a clientes específicos enquanto mantêm a fidelidade a um modelo de tratamento baseado em evidência. Por outro lado, caso o objetivo de um modelo terapêutico seja aumento da qualidade de vida, aumento de ações valorosas e redução de severidade dos sintomas, intervenções focadas em eventos privados são mesmo necessárias em um processo terapêutico? Os autores indicam que resultados de experimentos de caso único podem ajudar a produzir guias para avaliação e seleção personalizada de componentes de tratamento para aprimorar tomadas de decisões clínicas.

Levin et al. (2020) também produziram uma pesquisa sobre componentes modularizados da ACT. Os autores afirmam que pesquisas sobre componentes são fundamentais para refinar eficiência na tomada de decisão clínica uma vez que possibilita

identificar componentes desnecessários e, por outro lado, componentes fundamentais para a mudança clínica. Aplicando apenas os componentes fundamentais, terapias podem ser mais simples e mais rápidas. Participaram da pesquisa 181 estudantes com 18 anos ou mais que apresentaram ao menos um critério de estresse clinicamente significativo no *Counseling Center Assessment of Psychological Symptoms* (CCAPS-34). Os participantes foram alocados em uma das quatro condições de intervenção: lista de espera (sem intervenção), *OPEN* (intervenções focadas em aceitação e desfusão), *ENGAGED* (intervenções focadas em valores e ações com compromisso) e *FULL* (foco em aceitação, desfusão, valores e ação com compromisso). O procedimento contou com 12 sessões online autoguiadas ao longo de seis semanas.

Resumidamente, os resultados encontrados sugerem que a condição *ENGAGED* foi suficiente na melhora da saúde mental dos participantes pois não foi menos eficaz do que a condição *FULL*. A condição *OPEN* teve menor efeito que as outras condições com intervenção. A partir desses dados, os autores sugerem que novas pesquisas busquem elucidar em quais condições e para qual população é realmente necessário intervir em aceitação e desfusão para produção de saúde mental.

Considerando a proposta de compreender efeitos de isolar e mesclar elementos que podem compor um processo terapêutico a Acceptance Based Behavior Therapy (ABBT) mescla elementos experienciais e analíticos para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Hayes et al (2006) apontam uma relação estreita entre esquiva experiencial e transtornos de ansiedade, o que justificaria em tese, o uso de métodos experienciais, de acordo com a proposta teórica da ACT. A ABBT, formada por elementos contidos em intervenções TCC para TAG, ACT, terapia cognitiva baseada em mindfulness e terapia comportamental dialética, se propõe a ser um tratamento específico para TAG, que incorpora estratégias de aceitação e mindfulness somadas a técnicas tradicionais da terapia

comportamental (Hayes et al., 2010). Hayes-Skelton et al. (2013) apresentam o passo a passo da ABBT cujos objetivos são: aumento da consciência e construção de uma relação nova com as experiências internas, aumento de escolha e flexibilidade, e aumento de ações mindfull.

No que diz respeito ao perfil comportamental que compõe o TAG, para Hayes et al. (2010) na perspectiva da ACT o TAG é definido por um ciclo composto por sofrimento, esquiva experiencial e esquiva pública que produziria, em última instância, restrição comportamental. O indivíduo com TAG sente emoções globais, constantes e perpetuadamente. Avalia tais emoções como inaceitáveis, intoleráveis e ameaçadoras, e se esquiva delas e de situações que poderiam gerar mais experiências privadas aversivas. Roemer e Orsillo (2007), apontam que o TAG é composto por procrastinação, preocupação que lentifica tomada de decisão, ruminação sem ação, ação sem o contato com o momento presente e envolvimento significativo com o preocupar-se. Para Ruiz et al. (2019), a principal característica do TAG é o nível elevado e excessivo de preocupação frequentemente generalizada para muitos domínios da vida como relações amorosas, trabalho etc. Essas preocupações podem ser funcionalmente definidas como esquiva experiencial de experiências privadas dolorosas e assumem topografias muito distintas (Ruiz et al., 2020). Em outros termos, preocupações (não construtivas) são estratégias não adaptativas de resolução de problemas via esquiva experiencial e aparecem como as primeiras reações ao medo e incoerência (Ruiz et al., 2016).

Além da ABBT, pesquisas em ACT têm abordado maiores ganhos terapêuticos ao utilizar intervenções experienciais se comparadas a intervenções mais analíticas (Levin et al., 2012). Por outro lado, ainda é preciso esclarecer quais exatamente são os processos comportamentais envolvidos nas mudanças clínicas quando estas intervenções são manipuladas. Embora o foco atual de pesquisas em ACT esteja na ênfase em pesquisas de processo que, em tese, responderiam a esse questionamento, há uma lacuna no contexto da

PBEP na produção de evidência sobre os reais efeitos do uso de procedimentos experienciais em sessões de terapia. Entende-se que tanto para produção de novas pesquisas quanto para o ensino e prática da psicoterapia, é importante uma caracterização precisa de técnicas e procedimentos terapêuticos bem como o conhecimento detalhado sobre seus efeitos na melhora clínica do cliente. Considerando a produção de pesquisas, uma maior especificação de técnicas permite e/ou facilita a replicação de procedimentos dando a continuidade necessária para o acúmulo de evidências e a consequente confiança em uma proposta terapêutica. No caso do ensino e da prática da psicoterapia, quanto maior o conhecimento sobre definições e efeitos de procedimentos, mais coerente será a prática do terapeuta com a proposta terapêutica em questão (Hayes et al., 1999). Além disso, em se tratando da pesquisa aplicada, Baer et al. (1968) argumentam que para que ela seja considerada analítico-comportamental, uma das sete dimensões a ser contemplada é a tecnológica, que consiste na clara descrição de procedimentos para fins de replicação (as outras seis dimensões são: aplicada, comportamental, analítica, efetiva, conceitualmente sistemática e com generalidade).

Assim, baseando-se: a) nos poucos dados sobre manipulação de intervenções experienciais em estudos conceituais e análogos experimentais; b) na importância da dimensão tecnológica para caracterização analítico comportamental de pesquisa aplicada; c) na ausência de pesquisa aplicada com delineamento de caso único com manipulação de intervenções experienciais; d) na ausência de dados sobre os efeitos comparativos entre intervenções analíticas e experienciais na melhora clínica e; e) na importância em aprimorar continuamente o tratamento do TAG, dada a prevalência (264.000.000 de pessoas no mundo de acordo com dados da OMS) deste transtorno na população mundial, indaga-se: quão predominantemente uma terapia comportamental deve ser analítica e/ou experiencial para produzir melhores resultados para população de indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada?

Para tentar responder a esta pergunta de pesquisa, foi realizado um estudo experimental de caso único com delineamentos de reversão e de sonda com tratamentos separados e alternância de ordem, com quatro participantes adultos com diagnóstico de TAG.

Método

Participantes

Inicialmente foram contatados 12 possíveis participantes para realização da triagem. Eles foram encaminhados pela Clínica Psicológica “Durval Marcondes” e pelo Ambulatório de Ansiedade (AMBAN), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, ambos vinculados a Universidade de São Paulo. A princípio foi utilizado como critério de seleção pessoas que relatassem presença de sintomas de ansiedade em fichas de inscrição nas duas instituições. Como critérios de inclusão foram considerados pessoas que apresentassem TAG diagnosticado com o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), de qualquer gênero, sexo, orientação sexual e condição sócio financeira, entre 18 e 59 anos, alfabetizados e que não apresentassem outros transtornos associados, com exceção de outros transtornos ansiosos, episódios depressivos e depressão. O MINI foi escolhido como instrumento para triagem dos participantes por ser um instrumento diagnóstico psiquiátrico de rápida aplicação.

A partir de contato telefônico feito pela própria pesquisadora, os possíveis participantes foram convidados para um encontro no espaço da clínica particular da terapeuta-pesquisadora para que tivessem o primeiro contato pessoal e realização da triagem. Como resultado da triagem foram selecionados seis participantes que atenderam aos critérios de inclusão. Três pessoas não atenderam aos critérios pois um deles apresentou transtorno de estresse pós-traumático, outro transtorno obsessivo compulsivo, e um terceiro tinha relato muito confuso e não linear sobre os próprios sintomas o que impossibilitou a finalização da triagem. Por não se encaixarem nos critérios de inclusão, eles não seguiram no procedimento

da pesquisa e foram orientados a procurar instituições que pudessem recebê-los para atendimento psicoterápico. Uma pessoa iniciou a triagem, mas não compareceu para a finalização e outras duas pessoas que se encaixaram no perfil não foram incluídas porque uma delas relatou possível mudança de cidade e a outra apresentou alto índice de suicidalidade. Em discussão com o grupo de pesquisa foi decidido encaminhá-la para atendimento psicológico com outra aluna do mesmo grupo, mas desvinculada de um procedimento de pesquisa em virtude da gravidade do caso.

A proposta inicial da pesquisa seria contar com quatro participantes. Porém, foi escolhido começar o procedimento com seis considerando possível abandono do participante da pesquisa e/ou intercorrências variadas na sua vida que pudessem incorrer em atraso no desenvolvimento da coleta de dados. De fato, duas participantes tiveram a participação interrompida em virtude do alto número de desmarcações e faltas que acabaram impossibilitando o cumprimento do cronograma da pesquisa. Assim, apenas quatro participantes concluíram todas as fases do procedimento. A Tabela 1 apresenta características de identificação dos participantes.

Tabela 1

Identificação dos participantes, gênero e idade

Identificação*	Gênero	Idade no início da pesquisa
Catarina	Feminino cisgênero	26
Luana	Feminino cisgênero	19
Iuri	Masculino transgênero	23

Rafael	Masculino	59
	cisgênero	

(*) nomes fictícios

No início do tratamento, Catarina e Rafael já estavam em acompanhamento psiquiátrico e Iuri iniciou no final da segunda fase experimental. As descrições das medicações serão relatadas no tópico “informações básicas” na seção de resultados de cada participante. Luana não usou medicação psiquiátrica em nenhum momento da pesquisa.

Terapeuta-pesquisadora

No início da pesquisa a terapeuta-pesquisadora já atuava como psicoterapeuta analista do comportamento há oito anos. Ao longo da trajetória clínica participou de variados cursos sobre Análise Comportamental Clínica (ACC), em especial sobre terapias de terceira onda, mais especificamente em FAP e ACT. O último curso realizado teve como proposta o manejo clínico experiencial com início em 14 de Setembro de 2017 e duração de seis meses ministrado pelo psicólogo e pesquisador Matthieu Villatte. O objetivo da busca por este curso foi aprimorar as habilidades em intervenções experienciais que já estavam em construção desde o início da atividade clínica.

Aferidores

O objetivo da aferição foi verificar se a terapeuta-pesquisadora seguiu o procedimento devido em cada fase experimental. Sete colegas foram convidados a participar como aferidores na pesquisa, além da terapeuta-pesquisadora. Foi utilizado como critério para a escolha possuir alguma familiaridade com a proposta clínica da ACT e com intervenções experienciais. Cada um deles ficou responsável por aferir quatro sessões dos participantes (de um total de 28 transcritas) distribuídas aleatoriamente.

Além das sessões transcritas, os aferidores receberam também o protocolo de adesão ao procedimento (apresentado mais a frente) e um breve texto informativo sobre os valores de cada cliente. Este material foi preparado porque era necessário entrar em contato com valores

dos participantes para adequado preenchimento do protocolo de fidelidade ao procedimento. Por outro lado, os aferidores não conheciam profundamente a conceituação de caso de cada participante e não acompanharam o desenvolvimento da terapia, embora alguns deles participassem do mesmo grupo de pesquisa da terapeuta-pesquisadora.

Os aferidores tiveram como atividade ler as quatro sessões e categorizar cada uma delas no protocolo de fidelidade ao procedimento. Este protocolo foi dividido em dois grandes blocos referente ao tipo de intervenção: analítica e experiencial. Cada bloco foi subdividido em topografias diferentes de intervenções experienciais e analíticas que poderiam ocorrer em sessão.

Todos os aferidores receberam um termo de responsabilidade (Anexo A) com o qual assumiram o compromisso de garantir o sigilo das informações dos participantes contidas nas transcrições e no texto sobre valores. O material só foi enviado para os aferidores após a assinatura do termo.

Ambiente

Todo o procedimento foi realizado em consultório particular da terapeuta-pesquisadora. Este local foi escolhido porque facilitaria a execução da pesquisa uma vez que já contava com instalações gerais que promovessem conforto e sigilo nos atendimentos. A sala de atendimento era composta por um sofá, uma poltrona, mesa para preenchimento dos instrumentos, além de janela e ar condicionado para manter a temperatura adequada.

Materiais

- Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 (MINI) (Sheehan et al., 1998)
(Anexo B)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C)
- Termo de Responsabilidade dos Aferidores de Fidelidade (TRA) (Anexo A)

- Protocolo de adesão ao procedimento: medida de fidelidade que avalia o grau em que o terapeuta aderiu em sessão ao procedimento previsto em cada fase.
- Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada 7/GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe, 2006): avalia presença e grau do diagnóstico de TAG por meio de 7 itens descritores de características de TAG. As respostas se distribuem em 4 graus sobre a identificação do indivíduo com as descrições (nenhuma vez, vários dias, mais da metade dos dias e quase todos os dias). (Anexo D)
- Outcome Questionnaire - OQ-45 (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersh, Clouse & Yanchar, 1996): questionário de autorrelato composto por uma escala likert de 5 pontos (com variações entre “nunca” e “quase sempre”) cujo objetivo é avaliar os progressos do cliente em terapia, em especial, os ganhos. É composto por 45 itens que acessam três domínios distintos: o desconforto subjetivo (25 itens), relacionamentos interpessoais (11 itens) e desempenho de papel social (9 itens). (Anexo E)
- Valued Living Questionnaire/VLQ (Wilson, Sandoz & Kitchens, 2010): escala likert de 10 pontos (com variações entre “nada importante” e “extremamente importante”) composto por 20 itens divididos igualmente em dois domínios: a) importância que o indivíduo atribui a diferentes domínios de vida e b) a consistência das ações de acordo com os domínios e seu grau de importância. (Anexo F)
- Peen State Worry Questionnaire/PSWQ (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990): formado por 16 itens com escala likert de 5 pontos que varia entre “não me adequa” e “extremamente adequado” em resposta a afirmativas sobre a presença e grau de preocupações. (Anexo G)
- Acceptance and Action Questionnaire-II - AAQ-II (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle, 2011): formado por uma escala likert de 7 pontos

(com variações entre “nunca verdadeira” e “sempre verdadeira”, este questionário de autorrelato avalia flexibilidade psicológica e esquiva experiencial. (Anexo H)

- Cognitive Fusion Questionnaire - CFQ-7 (Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman, Campbell, Kerr, Tansey, Noel, Ferenbach, Masley, Roach, Lloyd, May, Clarke & Remington, 2014): composto por 13 itens e com escala likert de 7 pontos (variações entre “nunca verdadeira” e “sempre verdadeira”) cujo objetivo é avaliar a fusão cognitiva. (Anexo I)
- Five Facets of Mindfulness Questionnaire – FFMQ (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006 adaptada para o Brasil por Barros, 2014): questionário de autorrelato com escala Likert de 5 pontos com variações entre “nunca ou raramente verdadeiro” e “quase sempre ou sempre verdadeiro” e composta por 39 itens cujo objetivo é medir um construto multifacetado formado por observar e descrever estímulos, agir com consciência, não julgamento e não reatividade às experiências internas (Anexo J)
- Gravador de voz embutido no celular Samsung modelo SM-J810M.
- Cronômetro embutido no celular Samsung modelo SM-J810M.
- Entrevista de Mudança Psicoterapêutica - EMP (Elliott, Slatick e Urman, 2001)
Entrevista semiestruturada composta por nove categorias de perguntas abertas. Aborda percepção do participante sobre: aspectos benéficos, danosos, difíceis ou ausentes na terapia; mudanças ao longo da terapia; possível causalidade entre as mudanças observadas e o processo terapêutico; participação na pesquisa; e sugestões com relação à terapia e à pesquisa. (Anexo K).
- Entrevista Inicial para Conceituação de Caso - EICC: Entrevista semiestruturada elaborada pela terapeuta-pesquisadora com o objetivo de coletar dados sobre os participantes que permitisse realizar a conceituação de caso de cada um deles. Esta entrevista foi utilizada como guia de condução das cinco sessões de linha de base. Ela

foi aplicada de forma não linear propositalmente, alternando entre os tópicos de vida do participante, para impedir que: a) houvesse relatos do terapeuta semelhante a intervenções analíticas, que só deveriam acontecer na fase experimental de intervenção; e b) fosse promovido contexto que evocasse descrições de contingências por parte do participante, que também deveria acontecer apenas na fase experimental adequada. (Anexo L)

Delineamento

Com o objetivo de investigar possíveis efeitos dos tratamentos predominantemente experienciais e analíticos em repertórios diversos dos clientes (construtos já descritos anteriormente) foi conduzido um estudo experimental de caso único com delineamentos combinados: de reversão com tratamentos separados e alternância de ordem (AB1C1B2 ou AC1B1C2) e de sonda. Em um delineamento de caso único, o participante funciona como o próprio controle das medidas que são coletadas ao longo das etapas do procedimento. O delineamento de reversão foi escolhido porque oferece, a princípio, a possibilidade de comparar os possíveis efeitos da introdução das duas variáveis independentes (VI) no repertório do participante (VD). A escolha de inserir duas intervenções se deu para avaliar a efetividade relativa de cada uma delas, conforme sugere Kazdin (1982). O delineamento de sonda foi escolhido para verificar as facetas da generalização do repertório aprendido. Sondas são os instrumentos apresentados no começo de cada sessão e a cada fase experimental. As sondas são introduzidas, portanto, fora da contingência terapêutica em ocasiões selecionadas para avaliar o comportamento alvo.

Tabela 2

Delineamento experimental

Seleção dos participantes	
Participantes 1 e 2	Participantes 3 e 4

Nota. A tabela mostra a estrutura do delineamento experimental. Após a seleção, os participantes 1 e 2 foram conduzidos para a ordem das Fases B1, C1, B2 e C2 (indicado em amarelo na coluna da esquerda) enquanto os participantes 3 e 4 foram conduzidos a ordem de Fases C1, B1, C2, B2 (indicado em roxo na coluna da direita). As linhas em cinza indicam que todos os participantes passaram por aquele momento do delineamento.

A VI desta pesquisa foi o tipo de tratamento manipulado na sessão, que poderia ser de dois tipos: tratamento predominantemente analítico e tratamento predominantemente experiencial. O termo predominante foi inserido porque entende-se que em uma sessão a relação terapêutica se desenvolve, entre outras formas, por meio do diálogo. A linguagem em sessão pode possuir especificidades experimentais, mas não deve perder seu fluxo semelhante a linguagem cotidiana, sob risco de tornar o diálogo artificial. Deste modo, entende-se que metáforas e descrições ocorram de forma natural no curso da fala, mesmo que não seja planejada como parte da VI. Deste modo, apenas uma fala isolada não configura necessariamente a diferença entre uma sessão analítica e uma sessão experiencial, mas o

predomínio de um tipo de intervenção, considerando tanto a frequência (turnos) quanto o tempo decorrido nas falas. A decisão de colocar o tempo como unidade de análise se deu porque em muitos casos, um exercício experiencial, por exemplo, pode conter um ou vários turnos. Se fosse considerado apenas a frequência do turno, ainda que hipoteticamente 50% da sessão tenha sido conduzida de modo experiencial, contaria apenas como 1 ocorrência. Concluiu-se, então, que o tempo decorrido em uma intervenção, além da frequência de ocorrência, precisava ser incorporado como unidade de análise pois ele refletiria melhor a VI predominante na sessão. Os tipos específicos de VI's utilizadas a cada sessão foram escolhidas a partir da análise funcional do caso, bem como a ordem com que elas foram introduzidas.

Esse estudo se propôs a ser, portanto, uma pesquisa de resultado com manipulação de dois tratamentos alternados. Para verificação de efeito das VI's foram utilizadas medidas de resultado acessadas pelos instrumentos citados anteriormente.

Procedimento

Inicialmente, os participantes foram selecionados a partir de triagens realizadas pela terapeuta-pesquisadora como descrito anteriormente. Após a triagem, foi explicado aos participantes características gerais da pesquisa e eles foram orientados a ler o TCLE. Todos estiveram de acordo e assinaram o documento. Posteriormente, foi acordado entre terapeuta-pesquisadora e cliente um dia da semana para realização das sessões experimentais. As sessões foram quase sempre semanais (exceto em caso de haver intercorrência) e tiveram a duração de 50 minutos em média. Foram iniciadas, então, as fases experimentais. Os objetivos e características de cada fase estão descritos abaixo:

Fase A- linha de base. Nesta Fase foi realizada uma conceituação do caso clínico sem introdução da VI. Esta Fase serviu como base comparativa para as demais Fases onde a VI foi manipulada, de modo a verificar se haveria mudanças comportamentais após a introdução

da VI, o que configuraria uma relação de controle entre intervenção e mudanças.

Fase B1 - introdução da VI(1) – tratamento predominantemente experiencial. Nesta Fase houve introdução do tratamento predominantemente experiencial. A escolha de quais variáveis experienciais especificamente foram manipuladas dependeu da conceituação do caso clínico.

Fase C1 - introdução da VI(2) – tratamento predominantemente analítico. Nesta Fase houve introdução do tratamento predominantemente analítico. A escolha de quais variáveis analíticas especificamente seriam manipuladas nesta Fase dependeu da conceituação do caso clínico.

Fase B2 - reintrodução da VI(1) – tratamento predominantemente experiencial. Nesta Fase houve reintrodução do tratamento predominantemente experiencial. A escolha de quais variáveis experienciais seriam manipuladas nesta Fase dependeu da conceituação do caso clínico e da escolha das variáveis já utilizadas na Fase B1.

Embora o delineamento tenha sido o mesmo para os quatro participantes, foi trocada a ordem de apresentação das fases experimentais após a linha de base. Catarina e Rafael foram submetidos a ordem A-C1-B1-C2 dos tratamentos, enquanto Luana e Iuri foram submetidos à ordem inversa (A-B1-C1-B2). Esta variação do delineamento foi escolhida porque aumenta a validade externa dos dados, permite observar e diminuir efeitos de *carry over* (quando os efeitos de uma intervenção que ocorrem em uma fase são transferidos para a outra fase experimental) (Kazdin, 2011) e se a ordem de apresentação dos tratamentos geraria efeitos nas medidas dos construtos.

Tabela 3

Procedimento experimental

Fases		Blocos	Nº de sessões
Avaliação 1			
A	Linha de base	-	5

Avaliação 2

B1	Experiencial	Bloco Mindfulness	5
		Bloco Valores	5

Avaliação 3

C1	Analítica	Bloco Mindfulness	5
		Bloco Valores	5

Avaliação 4

B2	Experiencial	Bloco Mindfulness	5
		Bloco Valores	5

Avaliação 5

Seguimento 1			
Seguimento 2			
Seguimento 3			

Nota. Estrutura do procedimento experimental. A= linha de base; B1 e B2 = Fases com intervenções predominantemente experienciais; C1 Fase com intervenções predominantemente analíticas.

Ocorreram no total 44 encontros: 35 sessões experimentais, cinco para realização das Avaliações, uma para a EMT e três de seguimento. A linha de base foi composta por cinco sessões (LB1, LB2, etc) assim como fizeram Kanter e cols (2006) e Villas-Bôas, Meyer e Kanter (2016). Cada fase experimental foi composta por dez sessões subdivididas em dois blocos: cinco sessões em sequência do bloco mindfulness (B1-M1, B1-M2, etc) e cinco do bloco valores (B1-V1, B1-V2, etc). A decisão de incluir necessariamente processos dos dois blocos do hexaflex ocorreu com o objetivo de realizar uma terapia ACT mais completa possível ao longo de 10 sessões em uma mesma fase. Os dados colhidos nas avaliações refletiriam, portanto, uma terapia ACT em suas diferentes facetas e todas as fases seriam iguais neste quesito, mudando apenas o tipo de tratamento em cada fase. Tentou-se isolar, portanto, a VI e neutralizar outras variáveis intervenientes. Além disso, a subdivisão em dois blocos com sessões em sequência em cada um deles teve objetivo de observar se há efeitos diferentes das sessões com foco nos processos contidos no bloco mindfulness e com foco nos

processos contidos nos valores nas medidas primárias. A ordem dos blocos iniciando com cinco sessões focando em processos de abertura e consciência seguida de cinco sessões do outro bloco focando em processos de consciência, valores e ação compromissada seguiu a sequência comum na ordem dos processos focados em uma terapia ACT proposta por Hayes et al. (1999) (embora esta sequência seja vulnerável e adaptável a demandas clínicas, personalidade do cliente e outros fatores). Foram escolhidas 10 sessões porque levanta-se a hipótese de que essa quantidade de sessões mostraria o efeito ao longo do tempo das VIs sobre as VDs, além de ser suficiente para atender ao critério de Kratochwill (2013) de três pontos de coleta a cada fase.

Na linha de base, a terapeuta-pesquisadora conduziu cinco sessões para colher dados que permitissem a construção de uma conceituação de caso para cada participante antes do início das intervenções experimentais. Para isto, uma entrevista inicial (Anexo L) composta por três blocos (dados gerais, dados sobre a queixa e dados sobre a história de vida) foi utilizada como guia de condução do diálogo. Nela constam perguntas que transitam por áreas diversas da vida do participante como, por exemplo, como lida com a queixa, histórico escolar/laboral, vínculos sociais, etc. A ordem de apresentação das perguntas e o nível de profundidade na abordagem dos temas foram feitos de modo assistemático para não induzir uma análise funcional em sessão. Este cuidado precisou ser tomado porque descrição de análise funcional é uma VI do procedimento. Caso ela acontecesse na linha de base e não na fase experimental como planejado, comprometeria o delineamento experimental.

As medidas primárias (VD primária) foram qualidade de vida, ações compromissadas com valores e sintomas de TAG, verificadas respectivamente pelo OQ-45, VLQ e GAD-7. Os dois primeiros instrumentos foram aplicados no início de cada sessão e o GAD-7 a cada duas sessões, seguindo as instruções do próprio instrumento. A escolha de aplicar os instrumentos no início da sessão se deu para não haver interferência da sessão nas respostas dos

participantes. Sabe-se que determinadas intervenções podem ser mais ou menos aversivas e poderia, portanto, influenciar os dados de modo não desejável. Os dados colhidos nesses instrumentos deveriam refletir vivências do participante ao longo da semana anterior, e não o efeito de alguma intervenção específica que poderia ocorrer na sessão quando o instrumento fosse aplicado (ao final). Foi decidido verificar as medidas primárias em todas as sessões ou a cada duas, e não entre fases, com o objetivo de acompanhar de modo processual as mudanças que ocorreriam ao longo de todo o procedimento.

Após cada fase os participantes responderam aos questionários CFQ-7, FFMQ, AAQ-II e PSWQ além do OQ-45, VLQ e GAD-7. O encontro para preenchimento desses instrumentos foi chamado de Avaliação (conforme Tabela 3). As avaliações foram alocadas após cada fase para tentar verificar se houve efeito das fases experimentais (experiential ou analítica) nos construtos medidos por tais instrumentos, a saber, desfusão cognitiva, atenção plena, esquiva experiential e preocupação, respectivamente, além da qualidade de vida, ação compromissada com valores e ansiedade generalizada. O objetivo foi, portanto, comparar as medidas entre as fases experimentais. Esta proposta partiu da hipótese teórica de que tratamentos experientiais têm maior impacto em construtos que integram o bloco mindfulness do hexaflex em comparação ao bloco valores e ação compromissada.

Após o último encontro de Avaliação, foi feito um novo encontro para realização de uma entrevista semiestruturada de mudança terapêutica (EMT). A escolha de usar esta entrevista se deu para acessar a percepção do participante com relação ao seu próprio processo terapêutico, incluindo percepção sobre expectativas, melhoras, momentos mais difíceis da terapia e questões que podem ter ficado em falta na terapia, de modo a complementar de forma qualitativa dados quantitativos obtidos com os instrumentos. Nesta mesma sessão foi combinado com os participantes três encontros, um em cada mês, para condução do seguimento. Nestes três encontros todos os instrumentos foram novamente

aplicados e teve como objetivo conferir se houve permanência ou alteração dos valores associados a cada VD após encerrada a terapia. Ao fim do terceiro encontro do seguimento, os participantes foram informados sobre a finalização da pesquisa e consultados sobre o interesse em permanecer em atendimento na Clínica de Psicologia “Durval Marcondes”. Para apenas uma participante foi oferecido a continuidade do tratamento com a terapeuta-pesquisadora logo após a última avaliação, em virtude da gravidade do caso, conferido ao longo do desenvolvimento do procedimento de pesquisa. No caso dela, em específico, o seguimento ocorreu ao longo da continuidade da terapia, que passou a ocorrer de forma menos estruturada se comparada ao procedimento experimental.

Com relação ao procedimento geral e a quantidade de fases, proposta inicial foi realizar um mínimo de cinco repetições da sequência de alternâncias entre fases, o que estaria de acordo com o critério colocado por Kratochwill (2013). Porém, a coleta de dados precisou ser interrompida por motivos externos à pesquisa. Em 26 de Fevereiro de 2020 ocorreu o primeiro caso detectado de COVID-19 no estado de São Paulo, e no Brasil. Em 20 de Março de 2020 o Estado de São Paulo anuncia calamidade pública (<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sp-anuncia-novas-medidas-para-intensificar-o-combate-ao-coronavirus/>) e em 24 de Março decreta quarentena em todo o estado (<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/ao-vivo-governo-de-sp-anuncia-novas-medidas-para-combate-ao-coronavirus-no-estado/>). Assim como qualquer outra atividade que envolvesse contato entre pessoas, os atendimentos presenciais precisaram ser suspensos para evitar contágio do vírus, que chegou a mais de 11.00.000 casos, com mais de 287.000 óbitos (dados atualizados em 19 de Março de 2021 pelo site do Ministério da Saúde (<https://covid.saude.gov.br/>)).

Figura 1

Casos acumulados de COVID por data de notificação

Nota. O gráfico mostra o número acumulado de infecções por COVID-19 de Fevereiro de 2020 a Março de 2021. Fontes: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020.

A partir da suspensão repentina dos atendimentos presenciais, foi decidido entre terapeuta-pesquisadora e orientadora, a redução do procedimento de pesquisa de modo a se adaptar às condições externas. Optou-se por dar sequência às sessões no formato online até a finalização da fase em que o participante se encontrava. Esta decisão teve como principal critério atender às necessidades que se impunham com relação à saúde pública, em detrimento do cumprimento rigoroso do procedimento de pesquisa, condição passível e prevista de ocorrência em pesquisas aplicadas. Por outro lado, foi decidido dar sequência às sessões no formato online até a finalização da fase para preservar os dados que haviam sido coletados até aquele momento e possibilitar incluir tal fase na análise comparativa intra e intersujeitos. Esta situação inseriu uma nova variável na pesquisa não prevista no planejamento do procedimento. O atendimento psicoterápico online com utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), em comparação ao atendimento presencial, guarda características que ainda estão sendo investigadas dado o caráter recente da sua regulamentação em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) (<https://site.cfp.org.br/cfp-publica-nova-resolucao-sobre-atendimento-psicologico-online/>). O prolongamento das sessões até o final do procedimento deveria, portanto, considerar o

atendimento online como uma variável interveniente que poderia causar efeitos inesperados e não conhecidos nos resultados das intervenções. Decidiu-se, portanto, lidar com possível interferência desta variável interveniente, ao menos para finalização da fase, de modo a manter seus dados, mas minimizando a sua participação. A redução do procedimento teve como consequência prejuízo no grau de inferência causal entre tipo de tratamento e resultado pois contou com apenas uma repetição.

Como mencionado anteriormente, Catarina foi a única participante que continuou em terapia após encerradas as sessões experimentais. A partir da Avaliação 5 até o final do procedimento, todos os encontros com ela foram online, incluindo: um para realização da EMT, três de seguimento e nove sessões de terapia semanais não experimentais. No formato online, Luana participou de duas sessões experimentais (B2-V4 e B2-V5), um encontro para EMT, Avaliação 5 e os três de seguimento. No caso de Iuri, as sessões online começaram a partir da sessão 35 (B2-V1) totalizando cinco sessões experimentais (todas do bloco valores da Fase Experiencial 2), um encontro para EMT, outro para Avaliação 5 e três de seguimento. Já no caso de Rafael, todas as sessões experimentais foram presenciais. Apenas os encontros para EMT, Avaliação 5 e os três seguimentos foram online.

Análise dos dados

A partir do preenchimento dos instrumentos, foi criada uma base de dados no Excel para organizar os dados obtidos que era alimentada assim que os dados eram coletados, seja a cada sessão, a cada duas sessões ou ao final de cada fase. Foi criado um banco de dados para cada participante com planilhas separadas para cada instrumento. Em cada planilha, era identificada a data da sessão, a fase em que a sessão se encontrava e os dados coletados pelos instrumentos. Para cada instrumento foram produzidos gráficos para visualização dos dados ao longo de todo o procedimento. Estes gráficos permitiram análises longitudinais e comparativas dos efeitos das fases experimentais ao longo da terapia.

Com a finalização do procedimento, foram transcritas uma sessão da linha de base e duas sessões de cada fase experimental de cada participante. Essas transcrições serviram como dados representativos das fases experimentais para verificar se a terapeuta aderiu as manipulações previstas no procedimento de pesquisa. Estes números representam 20% das sessões de cada fase, o que está de acordo com o critério determinado por Kratochwill (2013). Foram transcritas 28 sessões no total (sete de cada participante) e categorizadas no protocolo de adesão ao procedimento.

Tabela 4

Protocolo de adesão ao procedimento

Intervenção	Frequência	Tempo decorrido	Frequência total da categoria	Tempo total decorrido da categoria
<p>1. Descrever ou solicitar descrição de <i> fatos, pessoas, eventos ou condições externas</i> ao cliente. <u>Exemplo:</u> O que aconteceu naquele dia da comemoração na faculdade? / Foi na USP? / Me conta como o filme termina. / Essa tese fala sobre os movimentos sociais? / Está frio mesmo! <u>Contraexemplo:</u> O que você fez naquele dia? / Você foi na primeira aula?</p> <p>2. <i>Psicoeducação</i> (descrição de diagnóstico ou explicação técnica generalista sobre como funciona o comportamento humano e processos psicológicos em geral). <u>Exemplo:</u> quando tentamos controlar os sentimentos eles podem aumentar. Isso é característica específica dos sentimentos e pensamentos. Quanto mais a gente luta contra eles, mais eles ficam presentes. Esses sintomas podem ser caracterizados como síndrome do pânico. <u>Contraexemplo:</u> Imagino que deve ser bem difícil lidar com seus pensamentos. / Parece que pensamentos e sentimentos são diferentes de ações, não? / E se você pudesse se enxergar maior que sua culpa?</p> <p>3. Descrever ou solicitar <i>descrição de comportamentos (ações ou parte de contingências moleculares envolvidas) ou de regularidades/padrão/tendências comportamentais</i> que ocorrem dentro ou fora de sessão. <u>Exemplo:</u> Como você respondeu a sua mãe? / Fiquei pensando sobre o que você contou semana passada e te ouvindo hoje, tenho a impressão de que em situações de avaliação, você tende a ficar mais passivo, não? / Como eles reagiram depois que você falou sobre si? <u>Contraexemplo:</u> Será que sua sensação de estar sendo avaliada tem a ver com o jeito do seu amigo se expressar? / A forma como você tem lidado com as sensações de ansiedade tem feito elas pararem?</p> <p>4. Descrever, solicitar descrição ou analisar <i> historicamente os comportamentos (ações ou parte de contingências molares) ou regularidades/padrão/tendências</i> comportamentais que ocorrem dentro ou fora de sessão (hierarquia: ganha de 3). <u>Exemplo:</u> De onde será que vem esse modo disciplinado de lidar com a vida? / Fiquei com a sensação de que a forma como você foi obrigada a cuidar de seu pai durante a vida toda, pode ter a ver com se envolver em relações em que o outro precisa de você. <u>Contraexemplo:</u> Talvez a forma como você se expressou pode ter dado a entender que ele era culpado e por isso ele se defendeu. / O que você tem sentido sobre isso?</p>				

5. Descrever ou solicitar *descrição de sentimentos, sensações ou pensamentos (e/ou parte das contingências moleculares envolvidas)* que ocorrem dentro ou fora de sessão* (hierarquia: ganha de 1, 3 e 4).
Exemplo: Como você está? Tudo bem? / Quais sensações você está experimentando agora? / Quando você tentava estudar, acho que os pensamentos não paravam dentro da cabeça. / Quando ela ficou em silêncio, você se sentiu desamparado / Será que essas dores podem estar relacionadas a ausência de pessoas próximas a você?
Contraexemplo: Às vezes achamos que porque estamos pensando, iremos realizar a tarefa. Mas são coisas diferentes no final das contas. / Esses pensamentos sobre não ser bom em nada, podem estar relacionados aos julgamentos que seu pai fazia quando estava bêbado?
6. Descrever, solicitar descrição ou analisar *historicamente (contingências molares) sentimentos, sensações e pensamentos* que ocorrem dentro ou fora de sessão. *Normalizar ou validar* pensamentos, sentimentos ou sensações.
Exemplo: Será que essa tristeza que você sente hoje pode estar contigo há muito tempo, ao menos desde que pré-adolescência, quando o abuso começou a acontecer? / Tendo uma história como a sua, é mais do que natural sentir-se com medo o tempo todo. / Você acha que esses pensamentos que te acompanham até hoje poderiam ser uma repetição da fala do seu pai sobre o seu desleixo na escola?
Contraexemplo: Queria que ao longo dessa semana, você observasse como é tratada no seu trabalho e o que isso te faz sentir. / O que você pensou, quando sua colega deu a entender que a responsabilidade pela deterioração da relação era sua?
7. *Aprovar, validar ou facilitar* relato do cliente* (hierarquia: escolher esta categoria apenas quando o turno não se encaixar nas demais, com exceção das categorias 1 e 23).
Exemplo: Aham! / Sim! / Pode falar... / Me conta mais sobre isso. / Concordo com você.
Contraexemplo: Não entendi muito bem. / Me descreve o que é importante pra você nesse contexto. / Esse é um padrão do seu pai?
8. Recomendar *observação de comportamentos ou regularidades/padrão/tendências comportamentais* que ocorrem dentro ou fora da sessão.
Exemplo: Quero te pedir para tentar observar como você age com a sua mãe na hora que ela tenta se aproximar de você.
Contraexemplo: Será que você age assim porque não teve ajuda para lidar com a sua vida quando precisou?
9. Recomendar a *observação de sentimentos, sensações ou pensamentos* que ocorrem dentro ou fora de sessão.
Exemplo: Observe como você se sente quando essa situação que você relatou acontecer novamente. / Tenta identificar o que passa em sua cabeça quando você conversa com ele.
Contraexemplo: O que você está sentindo exatamente agora, logo depois de eu ter discordado de você? / É possível que você esteja tentando evitar ruminações?
10. Descrever, solicitar descrição ou analisar o que o cliente *faz frente a ou como lida com* pensamentos, sentimentos ou sensações; ou analisar que pensamentos, sentimentos ou sensações *são diferentes de ações** (hierarquia: ganha de 3).
Exemplo: O que você fez quando ficou pensando e se cobrando sobre as tarefas que deveria fazer? / Você está me dizendo que quando se sente insegura, se afasta das pessoas? Pensar sobre isso, não significa que você vai fazer, né? / Podemos sentir vontade de esmurrar a parede e mesmo assim não fazer. O mesmo acontece com a tristeza e ausência de vontade. Sentir tristeza é uma coisa, abandonar sua vida é outra.
Contraexemplo: Gostaria que você observasse o que sente quando sua mãe te desautoriza. / O que acha de tentar conviver com sua insegurança no lugar de evitar lugares públicos?
11. Descrever, solicitar descrição ou analisar *avaliação (positiva ou negativa) ou tentativa de controlar* pensamentos, sentimentos ou sensações, seus custos e sua eficácia* (hierarquia: ganha de 10).
Exemplo: Quando você tenta não pensar nisso, o que acontece? / Acho que o que estamos percebendo é que seguir o fluxo dos pensamentos culposos tem sido muito cansativo. / Será que a tentativa de não se sentir inferior estaria roubando de você relações importantes? Você me conta que quando seus pensamentos ansiosos aparecem, você tenta se distrair como uma forma de fazê-los sumirem, né?
Contraexemplo: Sugiro que no lugar de você julgar o que sente, talvez possa

abrir caminho para agir de acordo com o que você acha correto. / Me conte o que você acha sobre o papel que seu chefe tem desempenhado na construção da sua fadiga.

12. Recomendar que o cliente **não avalie (positiva ou negativamente)**, não controle e/ou aceite seus comportamentos, pensamentos, sentimentos ou sensações.
Exemplo: O que acha de poder estar com a sua culpa sem levar ela tão ao pé da letra? / Esses pensamentos sobre sempre ter que fazer alguma coisa, podem estar contigo já que tem motivo. O que acha da ideia de conviver com eles no lugar de avaliar-se mal?
Contraexemplo: Você acha que acaba se avaliando mal por pensar essas coisas sobre sua mãe? / Estou entendendo que você acaba não gostando de sentir isso e por isso tende a dormir pra esquecer. Faz sentido?
13. Recomendar que cliente **aja de modo incongruente** com os pensamentos, sentimentos ou sensações; ou que **não responda a eles** (deixar passar).
Exemplo: Quando você se sentir ansiosa e apressada para terminar logo uma tarefa e passar para outra, respira e deixa a ansiedade chegar e também sair. Olha pro texto e tenta continuar a leitura que você estava fazendo naquele momento.
Contraexemplo: Percebe como é você que tem os pensamentos e não o contrário? / Talvez o que temos visto é que tentar planejar cada detalhe de cada interação, seja muito cansativo e só te dá uma falsa sensação de controle.
14. Descrever, solicitar descrição ou analisar que o **"eu" é diferente** (maior e atemporal) dos pensamentos, sentimentos e sensações (menores e temporários) ou apenas descrever ou analisar que pensamentos, sentimentos ou sensações são temporários.
Exemplo: Eu sei que seus pensamentos são muito perturbadores, mas você não se resume a eles. Você é tem uma série de outras características que te compõem. / Agora que conversamos sobre outro assunto, você está se sentindo diferente? Talvez isso indique que esses sentimentos são temporários e depende de situações. / Essa dor te define? / Esses pensamentos podem chegar, mas também podem passar.
Contraexemplo: Diferencie seu eu dos seus pensamentos. / Quando você avalia mal seus pensamentos, o que acontece? / Vamos pensar juntas: agir agressivamente é o mesmo que sentir raiva? O que acontece quando você tenta não sentir insegurança?
15. Descrever ou analisar se/quando o cliente está no **momento presente**.
Exemplo: Você ainda está aqui comigo? / Eu diria que quando o grupo começou a conversar de forma mais íntima, você acabou escapando de lá e se envolvendo com o os seus julgamentos e inseguranças.
Contraexemplo: Quando a culpa aparecer, no lugar de obedecer a ela e se calar, continua falando o que você gostaria. / Talvez esse jeito de se defender, ficando dormente, tenha sido útil para sobreviver frente a brigas agressivas entre seus pais.
16. Recomendar que o cliente esteja no **momento presente**.
Exemplo: Eu sei que seus pensamentos estão te sequestrando, mas tenta ficar aqui, tenta voltar para minha voz. / Quando esses pensamentos aparecerem, você sempre pode voltar a atenção para o seu corpo e respirar.
Contraexemplo: É possível que você esteja tentando não sentir isso e por isso tem bebido mais? / Imagino que seja muito difícil lidar com relações, uma vez que você foi traída violentamente pela pessoa mais íntima.
17. Descrever ou solicitar descrição de **valores** (preferências, desejos, tendências, importância atribuída).
Exemplo: O que você está me contando é que se relacionar e estar disponível para as pessoas é algo que faz sentido pra você? / Se você fosse livre pra escolher um estilo de vida que tivesse a sua identidade, o que você manteria da sua vida de hoje ou que criaria de novo? / A forma como você lidou com a situação, fez valer o que era importante pra você naquele momento.
Contraexemplo: Tenta entender de onde vem essa tristeza. O que ela fala sobre você? / Penso que talvez seja interessante evitar contato com ele como uma forma de reduzir os danos agora.
18. Descrever, solicitar descrição ou recomendar **ação compromissada** com valores.
Exemplo: Pensando naquilo que faz sentido e que te inspira, como você lidaria com essa situação? / Posso estar enganada, mas de acordo com o que você me disse sobre o que importa pra você no final das contas, ser honesto e contar o que aconteceu parece ser um caminho. / Entendi, então, que você agiu de modo a ficar feliz consigo mesmo?
Contraexemplo: O que é importante para você com relação a sua vida

<p>profissional? Minha sugestão é que você se proteja de situações assim porque são perigosas.</p> <p>19. Descrever, solicitar descrição ou recomendar <i>ação futura</i>. <u>Exemplo:</u> Sugiro que você continue cursando a disciplina enquanto ainda não perdeu por falta. / O que você pretende fazer com relação a isso? <u>Contraexemplo:</u> O que podemos fazer agora, nós duas juntas, sobre essa tristeza que você está tentando esconder? / Este movimento parece estar afinado com os seus valores de vida, principalmente com a ajuda ao próximo.</p> <p>20. Recomendar <i>exercício experiencial ou metáfora para fora da sessão</i>. <u>Exemplo:</u> Quando você tiver na casa de sua mãe, tente respirar fundo, deixar o oxigênio chegar lá na base da barriga, observar o ar entrando e saindo, notar seus pensamentos e olhe ao redor, para a luz, o cheiro. Depois de um tempo, veja o que você prefere responder a ela. Sugiro que você faça meditação ao menos 3 vezes por semana, se puder. Talvez ajude a ensinar o seu corpo a sentir diferente. <u>Contraexemplo:</u> Feche o olho agora e tente me dizer o que se passa na sua cabeça. Tente observar vagarosamente cada imagem e pensamento que chega sem barrar nenhum deles. / Quando falamos sobre o seu passado, você consegue ir comigo na nossa análise e depois voltar para o momento da sessão, para a minha voz? / Imagina que a gente possa colocar luzes em lugares do seu corpo que não víamos antes. Quais seriam os lugares novos e que tom emocional eles têm?</p>			
Somatório de intervenções analíticas			
<p>21. Promover <i>metáforas, analogias e/ou narrativa</i>. (hierarquia: na dúvida ou presença de duas categorias, entre a categoria metáfora e outra categoria, escolha metáfora). <u>Exemplo:</u> Suponha que você é uma aranha dentro de um pote e sua amiga está segurando o pote na mão. Quando ela te trata mal, é como se ela pegasse esse pote e sacudisse. O que acontece com o equilíbrio da aranha nessa situação? / Essa forma silenciosa de ser me faz pensar em uma bexiga inflando. A questão é que não sabemos exatamente qual a elasticidade dessa bexiga, de modo que vamos enchendo ela a medida que ouvimos agressões. Explodir em algum momento é o mais fácil nesta situação. <u>Contraexemplo:</u> Quero representar pra você no papel, por meio de um desenho o que tenho percebido sobre essa dinâmica que você traz. / Quando você tiver com ela, tente perceber o que você pensa. Observe o pensamento chegando e saindo. Depois veja o que sobra da sua percepção sobre ela.</p> <p>22. Promover <i>exercícios experienciais ou meditação em sessão</i> - objetificação - respiração - corporificação - dramatização (role-playing) - representação gráfica (desenhos, etc) - lúdico/brincadeira <u>Exemplo:</u> Pega sua mãe e aperta ela. Aperta muito. O máximo que conseguir. Segura aí por alguns segundos. Agora abre. Quais novas sensações você consegue sentir? / E se eu fosse seu marido nesse momento, o que você gostaria de me dizer sobre sua mágoa? / Quero fazer um desenho com você. Ele representa sua luta contra essas dores e o quais efeitos tem tido em sua vida com relação a o que você deseja. / Coloca as suas duas mãos coladas em seu rosto e tente enxergar através delas. Agora afaste um pouco e olhe de novo. O que você vê? É diferente de antes? / Tome um tempo para observar sua respiração. Veja se ela está curta. Experimente deixar ela seguir até o fundo da barriga. O que você sente? / Escolha uma posição confortável e apenas ouça a minha voz. Vou fazer algumas sugestões com relação a você notar seu próprio corpo e seus pensamentos. Caso você se desligue da minha voz, perceba e apenas tente retornar. <u>Contraexemplo:</u> Sugiro que você tente fazer esses exercícios de observação do próprio corpo ao longo da semana. / Me conta o que você está sentindo agora. / Parece que frente aos seus pensamentos, você tem paralisado. / O que diz seu peito, suas dores, seu frio na barriga, sobre o que você tem vivido? / Sugiro que você faça meditação ao menos 3 vezes por semana, se puder. Talvez ajude a ensinar o seu corpo a sentir diferente.</p>			
Somatório de intervenções experienciais			
Total (intervenções analíticas + experienciais)			

23. Outros <u>Exemplo:</u> Até semana que vem. / Não sei. / Obrigada. <u>Contraexemplo:</u> O que você tem percebido sobre esse novo relacionamento? / Como você está?			
Total final (intervenções analíticas + experienciais + outros)			

Nota. O Protocolo dispõe categorias relacionadas aos tipos de intervenções possíveis que a terapeuta-pesquisadora deveria promover em sessão de acordo com a fase experimental. Na coluna da esquerda, está descrita a categoria de intervenção. Nas três colunas a direita, o aferidor deveria preencher com a frequência absoluta de intervenções ocorridas de cada categoria descrita, o tempo decorrido de cada intervenção, a frequência total de intervenções da categoria e o tempo total decorrido da categoria, que era a soma de todos os tempos de cada intervenção individualmente.

Em posse de todas as categorizações feitas pelos aferidores, foi calculada a porcentagem de intervenções experienciais e analíticas de cada sessão transcrita. Essas porcentagens foram organizadas na Tabela 5, onde foi possível visualizar a identificação da sessão transcrita, as porcentagens de cada tipo de intervenção associada a sessão categorizada pelos aferidores e comparar a categorização dos dois aferidores.

Tabela 5

Cálculo e comparação das aferições por sessão

Sessão	Aferidor 1		Aferidor 2	
	% tempo em intervenções analíticas	% tempo em intervenções experienciais	% tempo em intervenções analíticas	% tempo em intervenções experienciais
C. LB4	100	0	100	0
I. LB4	100	0	100	0
L. LB3	100	0	100	0
R. LB2	100	0	99,19	0,80
C. B1-M2	19,22	80,77	16,48	83,51
C. B1-M4	45,66	54,33	33,04	66,95
I. B1-M2	18,21	82,45	27,60	72,39
I. B1-V3	15,17	84,82	25,74	74,25
I. B2-M1	10,56	89,73	9,33	90,66

I. B2-M4	3,65	96,34	6,81	93,18
L. B1-M3	25,11	74,88	25,01	74,98
L. B1-V2	2,17	97,82	2,15	97,84
L. B2-M3	18,15	81,84	19,27	80,72
L. B2-M5	11,16	88,83	2,66	97,33
R. B1-M4	36,10	63,89	39,03	60,96
R. B1-M5	9,42	90,57	9,44	90,55
C. C1-M1	100	0	100	0
C. C1-V2	93,79	6,20	100	0
C. C2-M4	98,57	1,42	84,03	15,96
C. C2-V5	100	0	100	0
I. C1-M3	100	0	100	0
I. C1-V3	100	0	100	0
L. C1-M5	100	0	100	0
L. C1-V1	100	0	100	0
R. C1-M3	96,61	3,38	100	0
R. C1-V5	100	0	100	0
R. C2-M1	100	0	100	0
R. C2-V1	100	0	100	0

Nota. Porcentagem de concordância entre aferidores das intervenções feitas nas sessões experimentais transcritas. As colunas em cinza destacam as maiores porcentagens do tipo de intervenção em cada fase experimental.

A Tabela 5 mostra alta concordância entre os aferidores. Esta concordância somada a alocações de maiores porcentagens no tipo de intervenção prevista para aquela fase, mostra que a terapeuta-pesquisadora aderiu ao protocolo previsto na pesquisa ao longo de todo o procedimento.

Aspectos éticos

Este estudo foi desenvolvido em total respeito e concordância com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido e aprovado em 08 de Abril de 2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

(CEP) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP) com número de processo CAAE 07410919.3.0000.5390.

Em termos de documentos relacionados ao cumprimento de normas éticas, os participantes assinaram o TCLE e os aferidores assinaram o TRA (ver Anexos C e A). Ambos documentos afirmam o compromisso de manutenção do sigilo com relação às informações dos participantes. Tanto os documentos quanto a atuação da terapeuta-pesquisadora estiveram em acordo com as diretrizes colocadas pelo Código de Ética do Psicólogo (2005).

Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com cada participante, um por vez, divididos em dois grandes tópicos: conceituação de caso e dados dos instrumentos. Na conceituação de caso serão dispostas, nesta ordem, as seguintes informações: informações básicas; queixa inicial; contingências históricas relevantes; e avaliação funcional. Posteriormente, os resultados de cada instrumentos serão apresentados um de cada vez partindo das variáveis dependentes primárias para as secundárias na seguinte sequência: OQ-45; GAD-7; VLQ; AAQ-II; CFQ-7; PSWQ e FFMQ.

A descrição dos resultados de todos os instrumentos foi disposta partindo de dados mais amplos (e.g. variações observadas ao longo do procedimento como um todo) para os mais detalhados (e.g. comparações de variações entre fases).

Participante Catarina

Conceituação de Caso

Informações Básicas. No início da terapia, Catarina tinha 26 anos, cursava mestrado em universidade pública e morava na cidade de São Paulo há alguns anos. A família morava em uma cidade no interior de São Paulo com menos de 150.000 habitantes, onde Catarina nasceu e residiu até a adolescência. No início da terapia Catarina estava em acompanhamento psiquiátrico e medicada com quetiapina (75 mg/dia), succinato de desvenlaxina

monoidratado (50 mg/dia) e cloridrato de trazodona (50 mg/dia) para tratamento de depressão. Havia feito terapia sob orientação psicanalítica no passado.

Queixa Inicial. Nas primeiras sessões, Catarina se queixava de intensa tristeza, insatisfação com o mestrado e a vida acadêmica como um todo, cansaço e ansiedade constantes, solidão, falta de sentido na vida e dores crônicas principalmente no rosto. Ela expressava tais sintomas oralmente e também por expressões faciais e corporais que transmitiam tristeza e cansaço, com olheiras acentuadas, corpo curvado e caminhar lento.

Contingências Históricas Relevantes. A família nuclear de Catarina era composta pelos pais e um irmão alguns anos mais velho. Aos 19 anos, ela se mudou para outra cidade também no interior do estado e dois anos depois passou a residir na cidade de São Paulo. As duas mudanças foram motivadas por aprovações em cursos de graduação. Iniciou um curso na área de exatas, mas desistiu por não se identificar o suficiente. Prestou novamente o vestibular e iniciou o curso de matemática na cidade de São Paulo, que foi concluído anos mais tarde em período regular.

Segundo relatos de Catarina, os pais ofereciam tratamentos diferentes aos irmãos motivados por uma visão conservadora sobre gênero. Na dinâmica familiar, ela era cobrada a executar tarefas consideradas do gênero feminino como atividades domésticas, por exemplo. Ao irmão não eram feitas cobranças. Ele tinha maior liberdade para atividades fora de casa e de maneira geral, podia tomar decisões de forma mais autônoma. Os pais tendiam a valorizar o comportamento dele, aparentemente sem critérios definidos, apenas por ser homem, e a não valorizar os comportamentos dela, por ser mulher. Os únicos padrões comportamentais de Catarina reconhecidos pelos pais eram o bom desempenho escolar e execução de tarefas domésticas. Na ausência destes, não havia validação.

O pai de Catarina tinha um padrão comportamental instável com relação ao tratamento oferecido a ela: ora a tratava bem, ora era grosseiro e a ignorava por longos períodos de tempo

sem motivo aparente. Além disso, ele apresentava olhares estranhos para partes do corpo dela deixando-a desconfortável e confusa. Em algumas situações ele não cumpria combinados de buscá-la fora de casa. Deixava-a esperando por muito tempo ou simplesmente não aparecia e não avisava. Catarina relatava não conseguir interpretar os comportamentos do pai, suas motivações e intenções. A mãe era passiva com relação aos comportamentos dele e do irmão, inclusive àqueles direcionados a Catarina. O irmão batia em Catarina com alguma frequência e os pais nem sempre o repreendiam. Os hematomas oriundos das agressões já foi, inclusive, motivo de piada por parte de familiares.

A mãe de Catarina sempre fora ansiosa e acelerada assumindo a iniciativa em resoluções de problemas com relação a família e a casa. Gostava de “conversar” com Catarina contanto que ela fosse uma ouvinte atenta, interessada e passiva com relação às suas histórias, em geral, sobre si mesma. Não havia espaço para participação de Catarina como falante na interação. Quando Catarina era o foco, a situação era encarada como problema e deveria ser resolvida pela mãe. Essa dinâmica sufocava Catarina e a fazia sentir-se “sem voz”. Não havia diálogo com o pai e com o irmão nem contato físico afetivo entre os membros da família.

Antes de começar a primeira graduação, Catarina havia estudado em uma mesma escola durante todo o período escolar. Apresentava desempenho excelente e frequentemente ficava em destaque entre os alunos por causa das boas notas. Os professores eram próximos dos alunos e faziam acompanhamento de perto dos seus desenvolvimentos. Nessa época Catarina era bem participativa durante as aulas e relatou sentir muito prazer e reconhecimento no contexto escolar. Ao iniciar o curso de graduação Catarina foi exposta pela primeira vez a um contexto de aprendizagem diferente. Na Universidade os professores tinham relações mais distante com os alunos, requerendo autonomia dos mesmos para buscar fontes de informações alternativas como bibliografias, por exemplo. Além disso, os critérios para bom desempenho eram variáveis (conforme a disciplina, o professor etc.), aparentemente indefinidos ou

ausentes. O desempenho de Catarina não se manteve o mesmo. Sua participação em sala e nas atividades diminuiu e ela passou a experimentar sensações de ansiedade e desprazer em contextos de aprendizagem. No que diz respeito aos relacionamentos sociais, Catarina fez amigos durante a primeira graduação. Mas como precisou mudar de cidade ao trocar de curso, passou a não ter mais contato diário com os amigos. Na segunda graduação Catarina teve dificuldades em construir novas amizades e sentia-se sozinha frequentemente.

Avaliação funcional. É possível interpretar que as contingências familiares e escolares selecionaram um forte repertório de desempenho. Além disso, a validação dos pais se apresentou condicional ao bom desempenho. Isto é, na ausência do desempenho bom os pais suspendiam a validação. Outro repertório selecionado por meio de conversas com a mãe, foi o de ouvinte passiva, enquanto o de falante era, neste contexto, punido. Ademais, as relações de Catarina com a mãe, o pai e o irmão eram instáveis, bem como o novo contexto acadêmico, uma vez ingressa na faculdade. Juntas, tais contingências parecem ter selecionado repertório de auto cobrança e racionalização, acompanhados de sentimentos de solidão, desamparado, ansiedade e dores corporais.

É possível que a racionalização tivesse função de esquiva experiencial de sentimentos de insegurança e desamparo e aparecia como questionamentos sobre o mundo, sobre si mesma, seu sofrimento e o sentido da vida. Pensamentos como “as pessoas querem coisas sem sentido. Elas não fazem o correto” ou “isso que você está falando é apenas abstração. Não entendi. O que eu devo fazer?” eram recorrentes, persistentes e geralmente acompanhados de sentimentos de angústia e pessimismo generalizado. A presença de pensamentos desse tipo atrapalhava seu sono e ela relatava não conseguir se livrar deles embora tentasse. Pelo contrário, parecia haver fusão cognitiva com os conteúdos desses pensamentos de modo que Catarina relatava constante ausência de sentido na vida e argumentava não haver lógica nas atitudes das pessoas e no funcionamento do mundo em geral.

O repertório de autocobrança, por sua vez, era composto por tentativas de engajamento em atividades acadêmicas sem grandes sucessos e sentimentos associados. Catarina relatava não saber ao certo se gostava do curso, mas certamente se sentia desmotivada para se envolver em tarefas relacionadas a ele como participar das aulas ou meramente falar sobre o curso com a terapeuta-pesquisadora em sessão. Embora se cobrasse melhor desempenho, ela não se sentia pertencente ao ambiente do mestrado, sentia-se constantemente frustrada e cogitava desistir do curso. Parecia, portanto, que as autocobranças e frustrações eram oriundas da privação de contingência reforçadora positiva para o repertório de desempenho como ocorria durante o ensino infantil, fundamental e médio, com participação ativa dos professores e critérios bem definidos de sucesso.

Dados nos Instrumentos

OQ-45. A Figura 2 mostra a pontuação de Catarina no OQ-45 ao longo de todo o procedimento experimental e seguimento. Embora as pontuações não tenham saído da faixa de significância clínica (máximo de 62), é possível perceber uma queda geral na pontuação passando de 132 a 96 se comparados os valores antes e depois do procedimento experimental. Essa diferença de 36 pontos, indicando aumento geral na qualidade de vida de Catarina, é considerada mudança confiável segundo o manual do OQ-45 (diferença mínima de 14 pontos), o que também ocorreu entre as avaliações antes e depois da linha de base com uma diminuição de 32 pontos. Esta queda na linha de base ocorreu sem intervenção experimental planejada. As pontuações mais baixas, porém, ocorreram nas sessões C1-M3, C2-V3 e C2-V2 das Fases Analíticas (Figura 2).

Embora as pontuações mais baixas tenham ocorrido na fase C1, a pontuação depois da fase (ANA1) foi maior (114) do que a pontuação antes (DLB) da fase (100). A mesma inversão ocorreu também na Fase Experiencial, mas de modo oposto. Enquanto as pontuações permaneceram mais altas na Fase Experiencial (se comparadas com as pontuações das Fases

Analíticas), a pontuação na EXP foi menor (104) do que na ANA1 (114). Na Fase Analítica 2 há menor variação da pontuação permanecendo na faixa entre 82 e 97 em todas as sessões com exceção da primeira (C1-M1). Neste caso em específico, houve diminuição de 8 pontos entre as avaliações antes e depois da Fase Analítica 2, pontuação que não mostra mudança confiável segundo manual do OQ-45.

Figura 2

Pontuação total da participante Catarina no OQ-45 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB1, LB2, LB3, LB4 e LB5 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; C1-M1, C1-M2, C1-M3, C1-M4, C1-M5 = Fase analítica 1 Bloco Mindful; C1-V1, C1-V2, C1-V3, C1-V4, C1-V5 = Fase analítica 1 Bloco Valores; ANA1 = avaliação após a fase analítica 1; B1-M1, B1-M2, B1-M3, B1-M4, B1-M5 = Fase experiencial 1 Bloco Mindful; B1-V1, B1-V2, B1-V3, B1-V4 e B1-V5 = Fase experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C2-M1, C2-M2, C2-M3, C2-M4, C2-M5 = Fase analítica 2 Bloco Mindful; C2V1, C2V2, C2V3, C2V4, C2V5 = Fase analítica 2 Bloco Valores; ANA2 = avaliação após a Fase Analítica 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro de uma mesma fase experimental com exceção dos números associados às avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

No seguimento, quando não há mais sessões terapêuticas e os encontros ocorrem uma

vez por mês apenas para preenchimento dos instrumentos, houve uma queda de 6 pontos entre a ANA2 e o S1, diminuição de 8 pontos entre este e o S2 e aumento de 9 pontos entre este e o S3. Embora a pontuação tenha variado nessas quatro últimas avaliações, todas permaneceram em uma faixa de oscilação pequena entre 96 e 82 pontos.

Na subsescala Desconforto Subjetivo do OQ-45, embora as pontuações não tenham saído da faixa de significância clínica (36), houve uma queda de 22 pontos entre a ALB e a ANA2 superando os 10 pontos de mudança confiável (Figura 3). A distribuição da pontuação ao longo das fases segue de maneira parecida com a distribuição da pontuação total: diminuição na pontuação antes e depois da linha de base (17 pontos); pontuações mais baixas nas Fases Analíticas (sessões C1-M3, C1-V3, C2-M1e C2-V2); pontuação maior após esta fase (74) se comparada com a pontuação antes desta fase (66); concentração de pontuações maiores na Fase Experiencial (mínima de 63 e máxima de 78) se comparada às Fases Analíticas; menor variação das pontuações na Fase Analítica 2 oscilando entre 54 e 64; pontuações menores (57, 51 e 53) nos seguimentos se comparados com as pontuações na linha de base (83 e 66); pouca variação entre as pontuações da Fase Analítica 2 e os seguimentos demonstrando permanência na melhora da qualidade de vida de Catarina ao longo de três meses após o término do procedimento.

Figura 3

Pontuação da participante Catarina nas subescalas do OQ-45 e por fase e por bloco

Nota. Distribuição da pontuação geral e das subescalas do OQ-45 de acordo com o tipo de sessão. LB = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica nas subescalas e no geral.

Na subescala Relacionamentos Interpessoais, houve uma diminuição de 10 pontos entre a primeira avaliação (ALB) e a última (ANA2) que também é considerada uma mudança confiável de acordo com o OQ-45. Porém, com exceção da sessão C2-M4, todas as pontuações ficaram acima do nível mínimo (15) de significância clínica.

GAD-7. Com relação ao GAD-7, houve uma diminuição de 3 pontos entre a ALB e a ANA2. Como mostra a Figura 4, as diferenças que ocorreram entre as avaliações ao longo do procedimento foram discretas: diminuição de 1 ponto entre as ALB e DLB, diminuição de 4 pontos entre esta e ANA1 e aumento de 2 pontos entre esta e EXP. Não houve mudança (14) nas avaliações depois da Fase Experiential, depois da Analítica e no S1. Já no S2 e S3 houve diminuição de 5 pontos e aumento de 3 pontos, respectivamente.

Figura 4

Pontuação da participante Catarina no GAD-7 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB3 e LB5 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; C1M2 e C1M4, = Fase analítica 1 Bloco Mindful; C1V1, C1V3 e C1V5 = Fase analítica 1 Bloco Valores; ANA1 = avaliação após a Fase Analítica 1; B1M2, B1M4 = Fase experiencial 1 Bloco Mindful; B1V1, B1V2 e B1V4 = Fase experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C2M2 e C2M4 = Fase Analítica 2 Bloco Mindful; C2V1, C2V3 e C2V5 = Fase Analítica 2 Bloco Valores; ANA2 = avaliação após a Fase Analítica 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro da uma mesma fase experimental com exceção dos números associados as avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

A maior pontuação ocorreu na sessão B1-V4 e a menor na sessão C2-V1. Houve maior concentração de sessões com as menores pontuações no GAD-7 na Fase Analítica 2, se comparada com as outras fases, indicando sintomas mais brandos de ansiedade, ainda que apenas em duas sessões (C2-M2 e V1-C2) as pontuações tenham ficado abaixo do limite de significância clínica. No S2, a pontuação também ficou abaixo deste limite. Observa-se, portanto, maiores diferenças entre as pontuações nas sessões de linhas de base e na Fase Analítica 2, se comparadas todas as fases do procedimento.

Tendo em vista a distribuição de pontuações por fase (Figura 5), houve redução mais acentuada na pontuação do GAD-7 na Fase Analítica 2 se comparada com a linha de base e com as outras duas fases experimentais. As pontuações nas Fases Analítica 1 e Experiencial

foram distribuídas em curvas opostas variando entre valores maiores e menores do que a linha de base, mas ainda assim, maiores do que na Fase Analítica 2. Nos seguimentos, as pontuações, embora tenham variado, foram mais parecidas com as pontuações na Fase Analítica 2.

Figura 5

Pontuação da participante Catarina no GAD-7 por fase e por bloco

Nota. GAD-7 por fase: LB3 e LB5 = linha de base; 1, 2, 3, 4 e 5 = sessões que ocorreram em cada Fase experimental; S1, S2 e S3 = Seguimento. GAD-7 por bloco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 = sessões de cada Fase experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Como pode ser observado na Figura 5, não houve diferença perceptível entre as sessões que ocorreram em blocos diferentes (Mindful e Valores) e no seguimento.

VLQ. Com relação ao VLQ, A Figura 6 mostra que a pontuação dos Valores no tema Família cresceu na linha de base com diferença de 6 pontos entre as sessões LB1 (4) e LB5 (10), pontuação esta que permaneceu em todo o Bloco Mindful da Fase Analítica 1. Já no Bloco Valores da mesma fase, a pontuação variou (7 e 8) em duas sessões, mas permaneceu 10 nas outras e em toda a Fase Experiencial com exceção de uma sessão (B1-M5) que pontuou 7. A pontuação caiu para 3 em toda a Fase Analítica 2 com exceção da sessão C2V4 (5) e oscilou entre 4, 5 e 6 nos seguimentos. Em comparação a Valores, houve variação bem maior na Ação compromissada ao longo do procedimento: cresceu de 1 para 7 na LB; variou entre 5 e 10, e entre 2 e 8, no Bloco Mindful e Valores da Fase Analítica 1, respectivamente;

apresentou pontuações mais baixas (oscilando entre 1 e 3) no Bloco Mindful da Fase Experiencial com aumento na sessão B1-V1 e nas duas últimas sessões da fase. Na Fase Analítica 2, a pontuação no Bloco Mindful foi 9 em todas as sessões, com exceção da C2-M4 (10), configurando a maior estabilidade entre todos os blocos, e variou entre 4 e 10 no Bloco Valores e entre 7 e 10 no seguimento.

Figura 6

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

No tema Casamento, as pontuações em Valores foram altas (entre 7 e 10) na LB, na Fase Analítica 1 e no Bloco Mindful da Fase Experiencial, sem padrão distinto entre elas. No Bloco Valores da Fase Experiencial a pontuação alternou entre a mínima (1) e a máxima (10) a cada sessão. Na Fase Analítica 2, as pontuações caíram oscilando em sua maioria entre 5 e 7. Nos Seguintes 1, 2 e 3 a pontuação decresceu novamente para 1, e aumento para 3 e 5, respectivamente.

Na Ação compromissada do tema Casamento, as pontuações oscilaram entre 5 e 8 na

LB e na Fase Analítica, com exceção das duas últimas sessões que subiram para 10 e 9. Na Fase Experiencial, houve uma queda gradativa (de 6 a 1) ao longo dos dois blocos, fazendo com que o Bloco Valores desta fase apresentasse as menores pontuações do procedimento. Há novamente aumento da pontuação logo no início da Fase Analítica 2 oscilando entre 5 e 9 no Bloco Mindful e entre 4 e 8 no Bloco Valores. Já no seguimento houve aumento ainda maior com pontuações 10, 7 e 10.

No tema Parentalidade, considerando a LB, Fase Analítica 1 e Experiencial, a maioria das sessões teve pontuação mínima (1) com exceção das três primeiras sessões da LB e duas sessões do Bloco Mindful da Fase Experiencial (10 e 2). Na Fase Experiencial houve aumento da pontuação oscilando entre 7 e 8 no Bloco Mindful e entre 4 e 6 no Bloco Valores. No Seguimento 1, 2 e 3 a pontuação teve queda de 7 para 3 e 1, respectivamente.

Na Ação compromissada do tema Parentalidade, houve permanência da maior pontuação (10) na LB e no Bloco Mindful da Fase Analítica 1 (com exceção de uma sessão) e oscilou entre 6 e 10 no Bloco Valores. Na Fase Experiencial, variou entre 7 e 9 no Bloco Mindful e permaneceu 8 no Bloco Valores, com exceção de uma sessão (9). Na Fase Analítica, a pontuação variou entre 4 e 9 no Bloco Mindful e entre 7 e 10 no Bloco Valores. No seguimento, permaneceu 10 em todas as avaliações.

Figura 7

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Parentalidade e Amigos

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na seção Valores do Tema Amigos, ocorreram pontuações altas e máximas em todo o procedimento com alguma variação em sessões distribuídas entre as fases que oscilaram entre 5 e 9. Na seção Ação compromissada, as pontuações se distribuíram sem padrão em todo o procedimento oscilando entre 5 e 10, com exceção de uma sessão (2).

No Tema Trabalho, não ocorreu diferença perceptível nas pontuações dos Valores entre as fases e os blocos com a grande maioria das sessões variando entre 8 e 10 conforme mostra a Figura 8. As quatro sessões que não se encaixam nesta faixa ocorreram no Bloco Mindful, na Fase Analítica 1 e na Fase Analítica 2. No Bloco Valores da Fase Experiencial, ocorreram pontuações máximas em todas as sessões. Na Ação compromissada do mesmo Tema, houve maior variação, principalmente entre os Blocos Mindful das 3 fases: permaneceu 1 em todo o bloco da Fase Analítica 1; variou entre 9 e 10 no bloco da Fase Experiencial; e apresentou maior variação (entre 2 e 9) no bloco da Fase Analítica 2. No Bloco Valores não houve diferença perceptível entre as fases.

Figura 8

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho

e Educação

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 8 mostra também a distribuição de pontos no Tema Educação. Com relação a Valores, apenas 6 sessões não apresentaram pontuação máxima: 1 na LB, 4 no Bloco Mindful da Fase Analítica 2 e 1 no Bloco Valores da mesma fase. Na seção Ação compromissada, as menores pontuações se concentram na LB e no seguimento. As pontuações maiores se concentraram na Fase Analítica 1 em primeiro lugar, Fase Experiencial em segundo, seguida da Fase Analítica 2. Em resumo, a partir das primeiras sessões houve uma diminuição gradativa das pontuações ao longo das fases experimentais.

No tema Lazer, todas as sessões oscilaram entre 7 e 10 pontos na seção Valores. No Bloco Valore da Fase Analítica 1 todas as sessões tiveram pontuação 10, bem como na Fase Experiencial. As pontuações diferentes de 10 se distribuíram entre as sessões da seguinte forma: 3 na LB; 2 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1; 2 no Bloco Mindful e 2 no Bloco Valores da Fase Analítica 2; e uma no seguimento. Com relação a Ação compromissada do mesmo tema, não há diferença perceptível na distribuição da pontuação nos blocos e nas fases. Em linhas gerais, a pontuação variou entre 4 e 10.

Figura 9

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na Seção Valores do tema Espiritualidade, a Fase Experiencial se diferencia das demais pois apresentou pontuação máxima (10) em todas as sessões, com exceção da primeira do Bloco Mindful. Nas demais sessões, as pontuações se distribuíram entre 5 e 10 sem uma única tendência e sem estabilidade por bloco ou fase. Na Seção Ação compromissada, a pontuação permaneceu a mínima em todas sessões da LB, da Fase Analítica 1 (com exceção de uma sessão no Bloco Mindful e 2 no Bloco Valores) e do Bloco Valores da Fase Experiencial. Houve aumento no final do Bloco Mindful da Fase Analítica 2 que permaneceu no Bloco Valores e no seguimento, com exceção de S1 (3).

Com relação ao tema Civilidade, como mostra a Figura 10, na Seção Valores houve predominância da pontuação máxima em todos os blocos das três fases experimentais e do seguimento com exceção do Bloco Mindful da Fase Analítica 2. Na LB houve variação entre 5 e 10 e no Bloco Mindful da Fase Analítica 2 entre 4 e 10. Na Seção Ação compromissada,

por outro lado, houve predomínio da pontuação mínima na LB, Fase Analítica 1 e Bloco Valores da Fase Experiencial. Estas pontuações foram invertidas na Fase Analítica 2 com a maioria das sessões variando entre 9 e 10 e com permanência do valor máximo no seguimento.

Figura 10

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas

Civilidade e Autocuidado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

No Tema Autocuidado Seção Valores, ocorreu homogeneidade do valor máximo em todas as sessões do procedimento com exceção das duas primeiras sessões da Fase Analítica 2 (9). Na Seção Ação compromissada, a pontuação na LB variou entre 5 e 9, predomínio de 10 na Fase Analítica 1 e variação entre 5 e 10 nas fases subsequentes do procedimento bem como no seguimento.

Após a Fase Experiencial Catarina demonstrou discordância com relação a alguns Temas pré-estabelecidos no VLQ. Por isso foram inseridos cinco novos Temas que contemplassem melhor sua percepção sobre seus valores: Amor, Relação sexual, Coleguismo-

companheiros, Trabalho remunerado e Trabalho não remunerado.

No Tema Amor (Figura 11), ocorreu pontuação máxima em todas as sessões da Fase Analítica 2 e no seguimento. Na Seção Ação compromissada, a pontuação variou entre 7 e 9 no Bloco Mindful e entre 5 e 10 no Bloco Valores com concentração de pontuação mais alta (10 e 9) nas duas últimas sessões e nos Seguintos 1 e 3.

Figura 11

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Amor e Relação sexual

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Conforme mostra a Figura 11, no Tema Relação Sexual a pontuação dos Valores variou entre 7 e 5 na Fase Analítica 2 sem distinção entre os blocos. No seguimento ocorreu aumento gradativo com pontuações 4, 5 e 9 no S1, S2 e S3 respectivamente. Na Seção Ação compromissada, a pontuação variou entre 7 e 10 na Fase Analítica 2 e no seguimento, com exceção de uma sessão no Bloco Mindful (5) e no S3 (5).

A Figura 12 mostra um aumento gradativo na pontuação tanto dos Valores quanto da Ação compromissada no tema Coleguismo/companheiros ao longo dos blocos da Fase

Analítica 2 e no seguimento. Nos dois casos, a pontuação máxima (10) se concentrou mais no Bloco Valores e no seguimento, se comparados com o bloco anterior (Mindful).

Figura 12

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco nos Temas Coleguismo-companheiros e Trabalho Remunerado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Com relação ao tema Trabalho remunerado, com exceção da primeira sessão (8) da Fase Analítica 2, ocorreu pontuação máxima em todas as sessões na Seção Valores (Figura 12). Já em Ação compromissada, houve variação entre 6 e 8 no Bloco Mindful, queda para 3 e 5 no início do Bloco Valores e aumento gradativo nas sessões seguintes e no seguimento, com pontuação máxima no S3.

Por fim, na Seção Valores do Tema Trabalho não-remunerado as pontuações permanecem sem grande diferença entre o Bloco Mindful e o Bloco Valores (variação entre 7 e 9) da Fase Analítica 2 com leve aumento no seguimento, como mostra a Figura 13. Na Seção Ação compromissada, as pontuações permanecem em uma mesma faixa de variação (entre 8 e 10) nos dois blocos da fase com exceção da última sessão que desce para 7 bem

como no S1. No S2 e S3 a pontuação sobe para 10.

Figura 13

Pontuação da participante Catarina no VLQ por fase e por bloco no Tema Trabalho não-remunerado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

AAQ-II. Comparando a ALB com a ANA2, houve um decréscimo de 12 pontos no AAQ-II (Figura 14). De um modo geral, houve uma diminuição gradativa (ainda que não linear) de 4 a 1 ponto tendo em vista todas as avaliações incluindo a maior pontuação na primeira avaliação (ALB) e a menor na última (S3). A EXP e o S2 fogem desta gradação pois apresentaram aumento de 3 e 1 ponto respectivamente, se comparados com as avaliações anteriores. A maior redução de pontuação (9) ocorreu entre EXP e ANA2.

Figura 14

Pontuação da participante C. no AAQ-II

Nota. Pontuações da participante Catarina no AAQ-II nas avaliações que ocorreram antes e

depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; ANA1 = depois da Fase Analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

CFQ-7. Conforme mostra a Figura 15, houve redução de apenas 1 ponto no CFQ-7 se compararmos a ALB e ANA2. Não houve mudança entre as avaliações antes e depois da linha de base. Na ANA1, houve redução de 4 pontos e de apenas mais 1 ponto na EXP, mas esta redução não se manteve na ANA2 com aumento de 4 pontos, que se manteve no S1. Voltou a ocorrer redução no S2 e S3 de 3 pontos se igualando a ANA1. No S3 ocorreu a menor pontuação (36) com redução de 7 pontos se comparada ALB.

Figura 15

Pontuação da participante C. no CFQ-7

Nota. Pontuações da participante Catarina no CFQ-7 nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; ANA = depois da Fase Analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

PSWQ. A Figura 16 mostra a pontuação no PSWQ ao longo do procedimento. Houve uma diminuição de 17 pontos entre a ALB (74) e após a ANA2 (57). Entre ALB e DLB a pontuação diminuiu de 74 para 63 mesmo sem introdução da VI. Após a introdução da primeira VI (Fase Analítica) a pontuação saiu da faixa de significância clínica (maior que 57

pontos) com diminuição de 10 pontos, situação que foi revertida após na EXP com pontuação acima do ponto de corte (60). Houve uma leve melhora após na ANA2 (57) com diminuição de 3 pontos, mas logo em seguida, no S1, ocorreu aumento de 6 pontos (63). No S2 e S3, os a pontuação voltou a ficar fora da faixa de significância clínica com menor pontuação (48) no S2 se considerado todo o procedimento.

Figura 16

Pontuação da participante Catarina no PSWQ

Nota. Pontuações da participante Catarina no PSWQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; depois da linha de base; ANA1 = depois da Fase analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3. A altura da linha representa a pontuação limite de significância clínica.

FFMQ. Com relação ao FFMQ, quanto maior a pontuação, melhor a habilidade de mindfulness. Como mostra a Figura 17, houve aumento de 11 pontos comparando a ALB e a ANA2. Após início das fases experimentais até o S3 ocorreu aumento gradativo nas pontuações subindo de 78 na ANA1 para 121 no S3, com um aumento mais acentuado após a EXP (109) e uma diminuição (90) na ANA2.

Figura 17

Pontuação da participante Catarina no FFMQ

Nota. Pontuações da participante C. no FFMQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

Participante Luana

Conceituação de caso

Informações básicas. Luana estava com 19 anos no início da terapia. Dividia a moradia em dois locais diferentes: na região metropolitana de São Paulo com a mãe, o padrasto e dois irmãos mais novos e em um pequeno apartamento alugado na cidade de São Paulo. Normalmente ficava no apartamento durante a semana pois era mais próximo da Universidade onde estudava e nos finais de semana ia para a casa da mãe. Luana estava no 5º semestre de um curso de humanas em universidade pública. Os dois irmãos de Luana eram filhos de sua mãe com o segundo marido.

Queixa inicial. Nas primeiras sessões Luana relatou dificuldade para dormir. Não raro passava noites em claro pensando em temas diversos e permanecia sonolenta ao longo do dia (era visível a presença de olheiras em seu rosto). Os pensamentos envolviam temas amplos sobre a vida como um todo: memórias de situações vividas, sentimentos, avaliações sobre o próprio comportamento bem como autocobranças sobre o que deveria fazer e ser. “Como se eu tivesse esperando alguém pra sair e você fica assim pensando na vida.” As autocobranças se direcionavam com especial intensidade ao cumprimento de tarefas relacionadas às

disciplinas da graduação. Já havia desistido de algumas disciplinas e estava pensando se deveria desistir de mais alguma naquele momento. Sentia que não conseguia dar conta dos compromissos. Descrevia-se como uma procrastinadora sem disciplina para estudar. Quando pensava em estudar, era assolada por pensamentos com conteúdos de autocobrança, sentia muita ansiedade, e, quase sempre, não estudava. Em geral, permanecia quieta pensando e sentindo ou se engajava em se distrair desses pensamentos e sentimentos com qualquer outra atividade como dormir, por exemplo.

Os pensamentos persistentes não se limitavam ao conteúdo acadêmico. Luana contou que costumava reprimir sentimentos em sua maioria relacionados à família, por um lado, mas sentia-se frequentemente ansiosa quando se envolvia com os próprios pensamentos, segundo ela, ruminativos.

Eu tenho a impressão que é muito difícil eu superar as coisas. Eu sempre fico remoendo, remoendo, por mais que eu conscientemente saiba que não faz sentido. Ou que passou. Ou que sei lá. Eu fico tentando achar lógicas de ficar mal por aquele motivo...Eu fico pensando e repensando as coisas muitas vezes...só que ao mesmo tempo eu tenho tentado não relativizar ou minimizar o que estou sentindo. Então, tipo, aceitar e não falar 'é por causa disso ou é pouca coisa'. Aí eu fico meio...até que ponto estou relativizando? Até que ponto eu estou realmente paranoica e não é o que está acontecendo? Aí eu fiquei dois dias assim, o que eu faço? Confusa e tal.

Luana afirmava que a indisciplina não se restringia aos estudos. Sentia preguiça em preparar refeições e comia o que fosse mais fácil. Não raro comia pipoca como jantar. Relatava indisciplina também com o sono que, segundo ela, era bagunçado. Frequentemente dormia muito tarde e acordava ainda cansada. Podia dormir muitas horas ou uma quantidade insuficiente que, ainda assim, se sentia cansada. Além disso, apresentava uma dificuldade em evacuar que já a acompanhava por muitos anos.

Luana tinha amigos na Universidade com os quais jogava RPG (*role-playing game*) periodicamente. Ela relatava gostar muito deles e dos jogos. Além disso, namorava um rapaz há pelo menos três anos (quando iniciada a terapia). Ainda assim, sentia-se sozinha. A sensação de solidão a acompanhava por toda a vida e permanecia mesmo quando na presença de pessoas. Sentia-se frequentemente não pertencente e sem importância com relação aos grupos com os quais interagia.

Contingências históricas relevantes. Os pais de Luana se divorciaram quando ela era muito nova. Ela relatava ter pouca ou quase nenhuma memória sobre a convivência entre eles. Até os cinco anos, Luana passava os dias na casa da avó materna pois a mãe trabalhava fora de casa. Ia para a casa da mãe apenas para dormir. A mãe casou-se novamente quando ela completou seis anos. Luana relatou que o padrasto implicava com ela de modo que ela não ficava confortável em sua presença. Por isso, ela continuava passando os dias na casa da avó. A esquiva de ficar na casa da mãe permanecia até o momento da terapia. Passava a semana em um pequeno apartamento alugado em São Paulo. Ia para a casa da mãe, em geral, nos finais de semana ainda que sentisse que não era bem vinda pelo padrasto.

Luana contou que o convívio com o padrasto e com a mãe sempre fora conflituoso. Eles a criticavam com frequência com relação a questões variadas como, por exemplo, comer muito devagar, deixar coisas caírem no chão, demorar para começar a arrumar a casa, arrumar de forma insuficiente e, principalmente, por não organizar e limpar seu quarto adequadamente. Não era incomum eles conferirem seu quarto abrindo, inclusive, o armário sem o seu consentimento. Essas interações ocorriam como brigas. Por vezes, com agressividade verbal entre os três. Luana relatou que quando o padrasto a criticava, a mãe não a defendia permanecendo passiva na maior parte das vezes ou tomando partido por ele. Quando as brigas envolviam a mãe, o padrasto tomava partido pela mãe.

Luana sentia que era preterida pela mãe com relação aos irmãos. Relatou ter pedido um cachorro à mãe desde a infância, mas ele só foi aceito quando o irmão menor também pediu anos depois. Luana é negra e a sua família materna é branca. Contou que seu cabelo era constantemente alvo de ataques pela própria família. “Nem sabe cuidar do próprio cabelo”, a mãe dizia enquanto criticava a bagunça do seu quarto. O cabelo de Luana representava para eles o desleixo dela consigo e com a vida. Além disso, a mãe a criticava também por não frequentar cultos religiosos junto com a família. De modo geral, Luana se sentia desrespeitada em suas escolhas.

Luana contou que a mãe estabelecia uma relação de troca quando ela desejava e pedia algo. Caso ela arrumasse o quarto com frequência, poderia ter um cachorro. Mas, mesmo que ela assim o fizesse, o pedido não era atendido. Ademais, enquanto as críticas eram frequentes e diretas, os elogios não eram feitos diretamente para Luana. Ela descobria alguma validação da mãe por meio do relato de outros parentes. Segundo ela, as coisas ruins eram punidas na hora. As boas, quando existiam, eram ditas para outrem em outros momentos. Ela entendia isso como falta de reconhecimento e/ou afeto bem como negligência. Certa feita sentia muita dor de dente e acordou a mãe para contar e pedir ajuda. A mãe respondeu que era tarde da noite e, por isso, não haveria atendimento disponível. Sugeriu, então, que ela voltasse a dormir. Após 10 horas sentindo dor e sem dormir, ela buscou sozinha atendimento em hospital universitário e precisou realizar um procedimento bucal para sanar o problema.

Com relação ao pai, Luana relatou que desde a sua infância era comum ele demorar muitas horas quando combinava de encontrá-la. Ela associa esses episódios a uma queda acentuada de cabelo que começou a partir do primeiro episódio de atraso do pai e que ocorria periodicamente ao longo da vida. Além da queda de cabelo, Luana relatou também dificuldade para evacuar desde a infância. Buscou orientação médica e foi informada que

provavelmente a causa da dificuldade seria psicológica pois não foi encontrada possível causa fisiológica.

A dinâmica familiar descrita produzia em Luana sensação constante de que estava sendo observada tanto pela família quanto por outras pessoas. Sentia-se errada continuamente, insuficiente em suas habilidades e solitária. Estes sentimentos apareciam também na relação com amigos e com as atribuições da universidade. Luana evitava se expor em situações variadas. Preferia não se manifestar muito no grupo com o qual jogava RPG, desistia de disciplinas da universidade quando sentia que não teria bom desempenho oriundo de procrastinação, faltava a avaliações acadêmicas, entre outros. Desde criança tinha hábitos solitários. Gostava de ler e brincar com bonecas. Ainda que se sentisse sozinha, recuava quando alguém a convidava para interagir. A perspectiva de interagir a deixava insegura e com medo de ser inadequada. Acaba escolhendo ficar sozinha.

Luana descreveu ter desenvolvido hábito de checar o próprio comportamento com frequência. “Eu ficava tentando observar o tempo inteiro tudo que eu estava fazendo para ver se eu não estava fazendo alguma coisa de errado.” Pensava muito sobre situações diversas, sobre si, sobre seus sentimentos, sobre seu próprio comportamento e o comportamento das outras pessoas. Estes pensamentos eram persistentes e ocorriam a qualquer momento do dia, inclusive a noite, quando tentava dormir. Associava-os, portanto, a dificuldade em pegar no sono.

Avaliação funcional. Com base nas informações dispostas na queixa inicial e nas contingências históricas, entende-se que Luana apresentava repertório forte de fusão cognitiva com pensamentos. Esses pensamentos eram, em geral, avaliações ruins de si (“sou preguiçosa e procrastinadora”) e descrições sobre como era tratada pelas pessoas, comumente alvo de críticas sobre suas insuficiências. A fusão cognitiva era acompanhada de passividade com relação ao mundo. Escolhia com frequência se esquivar de pessoas e situações que pudessem

requerer dela exposição. Permanecia quieta, calada e introspetiva em situações sociais. “Sou preterida por minha mãe”, por exemplo, era um tipo de pensamento que, ainda que fosse uma descrição fidedigna, tinha função de afastar ela de interações com a mãe da mesma forma que “não vou conseguir” a afastava de atividades acadêmicas. Essa paralisia envolvia também afastamento de atividades que trazia prazer a Luana. De forma geral, eram atividades artísticas e lúdicas que incluíam leitura, escrita de contos e poesia, jogos de tabuleiro com amigos, conversas sobre esses temas, entre outros. Luana sentia muita falta de se engajar nesses contextos e parecia ter a vida mais empobrecida em consequência. Segundo ela:

Essas coisas que quando você se afasta, você sente falta. Sabe? Eu sou meio assim com arte...eu não estava tão mal num período mais curto de tempo...que por mais que eu não tivesse escrevendo eu tava conectada de outros jeitos. Eu tava, por exemplo, tentando aprender a desenhar, tava vendo filme com essa perspectiva, fui no museu, sabe? Então eu acho que tenho tentado aprender alguns instrumentos...isso me acalmava um pouco. Não era, tipo, a minha coisa que é escrever, só que eu tava, sabe, me expressando de outros jeitos ou consumindo arte de outros jeitos.

Luana apresentava também repertório de esquiva experiencial com relação a sentimentos. Segundo ela, as experiências emocionais mais dolorosas eram: solidão, não pertencimento e se sentir não importante para os outros. Esses sentimentos eram acompanhados de pensamentos descritivos de situações sociais que produziam essas experiências emocionais e que, para ela, eram responsáveis por seu sofrimento. A esquiva experiencial frequentemente envolvia esquiva dessas situações e engajamento em distrações quando na presença desses sentimentos e pensamentos como, por exemplo, escolher dormir em horários atípicos.

Dados nos instrumentos

OQ-45. A Figura 18 mostra que, comparando as avaliações ALB e DLB com a EXP2

(após a última fase experimental), houve diminuição de 16 e 19 pontos respectivamente. Mas se a ALB e a DLB forem comparadas com o S3 houve diminuição de 25 e 28 pontos respectivamente. Todas estas quatro diminuições alcançam o valor mínimo (14) de mudança confiável segundo o instrumento.

Analisando as avaliações após cada fase experimental foi encontrado que: entre ALB e DLB houve aumento de 3 pontos; entre a DLB e a EXP1, aumento de 6 pontos; entre a EXP1 e a ANA, diminuição de 35 pontos; entre ANA e EXP2, aumento de 10 pontos. Houve melhora na qualidade de vida, portanto, apenas após a Fase Analítica. Com relação ao seguimento, ocorreu aumento de 3, diminuição de 6 e mais 6 pontos, nos S1, S2 e S3 respectivamente.

Figura 18

Pontuação total da participante Luana. no OQ-45 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB1, LB2, LB3, LB4 e LB5 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; B1M1, B1M2, B1M3, B1M4, B1M5 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1V1, B1V2, B1V3, B1V4 e B1V5 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP1 = avaliação após a Fase Experiencial 1; C1M1, C1M2, C1M3, C1M4, C1M5 = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1V1, C1V2, C1V3, C1V4, C1V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA = avaliação após a Fase Analítica; B2M1, B2M2, B2M3, B2M4, B2M5 = Fase Experiencial 2 Bloco Mindful; B2V1, B2V2, B2V3, B2V4, B2V5 = Fase

Experiencial 2 Bloco Valores; EXP2 = avaliação após a Fase Experiencial 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro da uma mesma fase experimental com exceção dos números associados as avaliações (EXP e ANA). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Embora não tenha ocorrido melhora na qualidade de vida após a Fase Experiencial 2, se comparada com a avaliação anterior (ANA), as quatro menores pontuações no OQ-45 ocorreram nesta fase, especificamente nas sessões B2-M5, B2-V1, B2-V2 e B2-V3. Apenas nestas sessões, as pontuações indicam saída da faixa de significância clínica no instrumento.

A Figura 19 mostra a pontuação total e das subescalas do OQ-45 distribuídos em fases e blocos. Com relação a subescala Desconforto Subjetivo, houve diminuição perceptível ao longo da linha de base. Não há diferença perceptível entre as sessões do Bloco Mindful e sessões do Bloco Valores. Mas é possível visualizar aumento progressivo na Fase Experiencial 1 seguindo a sequência da fase, uma diminuição ao longo da Fase Analítica e novo crescimento na Fase Experiencial 2. Na subescala Relacionamentos Interpessoais, a pontuação foi mais baixa no Bloco Valores especialmente na Fase Experiencial 2. Ocorre nesta subescala a mesma tendência de crescimento e diminuição observada na subescala Desconforto Subjetivo.

Figura 19

Pontuação da participante Luana nas subescalas do OQ-45 e por fase e por bloco

Nota. Distribuição da pontuação geral e das subescalas do OQ-45 de acordo com o tipo de sessão. LB = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = sessões de seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica nas subescalas e no geral.

Na subescala Desempenho de papel social, houve uma queda acentuada da pontuação ao longo da linha de base, mas a pontuação aumenta no Bloco Mindful e permanece parecida nas fases experimental seguintes. No Bloco Valores a pontuação varia de acordo com a fase experimental: maior na Fase Experiencial 1, mediana na Analítica, baixa na primeira metade do bloco na Fase Experiencial 2 com crescimento na segunda metade do bloco chegando quase ao nível do final da Fase Experiencial 1.

Na pontuação total, não há muita diferença perceptível se comparados os blocos de cada fase, com exceção do Bloco Valores na Fase Experiencial 2 com as pontuações mais baixas se considerado todo o procedimento experimental.

GAD-7. A Figura 20 mostra que, comparando a primeira (ALB) e a última avaliação do procedimento experimental (EXP2) houve diminuição de apenas 2 pontos entre elas. Se comparadas as avaliações a cada fase observa-se: diminuição de 3 pontos na DLB e permanência do mesmo valor (18) na EXP1; diminuição de 11 pontos na ANA e aumento de 12 na EXP2. Esses dados indicam que a Fase Analítica teve maior impacto nos sintomas de

ansiedade generalizada saindo, inclusive, da faixa de significância clínica.

Figura 20

Pontuação da participante Luana no GAD-7 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB2 e LB4 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; B1-M2, B1-M4 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1-V1, B1-V3 e B1-V4 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C1M1 e C1-M4, = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1-V1, C1-V3 e C1-V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA = avaliação após a Fase Analítica 1; B2-M2 e B2-M4 = Fase experiencial 2 Bloco Mindful; B2-V1, B2-V3 e B2-V5 = Fase experiencial 2 Bloco Valores; EXP2 = avaliação após a Fase experiencial 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro de uma mesma fase experimental com exceção dos números associados as avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Pontuações abaixo do nível de significância clínica ocorreram também em algumas sessões da Fase Experiencial 2: B2-M2, B2-M4 e B2-V1. A Figura 21 mostra que ocorreram diferenças visíveis entre as Fases Experienciais: maiores pontuações na Fase Experiencial 1 e menores na Fase Experiencial 2, embora essa distribuição não tenha sido estável.

Figura 21

Pontuação da participante L. no GAD-7 por fase e por bloco

Nota. GAD-7 por fase: LB2 e LB4 = linha de base; 1, 2, 3, 4 e 5 = sessões que ocorreram em cada Fase Experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. GAD-7 por bloco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 = sessões de cada Fase Experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Se comparadas as pontuações do GAD-7 nos Blocos Mindful e Valores, a Figura 21 mostra duas curvas descendentes (com exceção das duas últimas sessões no Bloco Valores) que seguem mais ou menos o mesmo fluxo de mudança. Não parece haver diferença perceptível entre os blocos, embora as menores pontuações tenham ocorrido no Bloco Valores.

VLQ. A Figura 22 mostra a distribuição da pontuação no VLQ nos dois blocos de cada fase experimental. Na Seção valores do Tema Família houve uma redução gradativa da pontuação se comparadas a linha de base (8 com exceção de LB4), o Bloco Mindful da Fase Experimental 1 (7 pontos com exceção de B1-M2), o Bloco Valores da Fase Experimental 1 (variação entre 6 e 8), o Bloco Mindful da Fase Analítica (variação entre 6 e 7) e o Bloco Valores da Fase Analítica (6 pontos na maioria das sessões). Na Fase Experimental 2, em seguida, a pontuação variou entre 7 e 9 no Bloco Mindful, e entre 8 e 9 no Bloco Valores, pontuação que se manteve no seguimento (S1, S2 e S3).

Na Seção Ação compromissada do Tema Família, a pontuação da linha de base e do Bloco Mindful da Fase Experimental 1 variaram entre 6 e 7, sem muita distinção. No Bloco Valores da mesma fase, a variação ocorreu entre 8 e 6, com 7 pontos na maioria das sessões. No Bloco Mindful da Fase Analítica, a pontuação permaneceu em 6 em todas as sessões,

desceu para 5 nas três primeiras sessões do Bloco Valores e subiu para 6 e 7 na penúltima e última sessão respectivamente. Na última fase (Experiencial 2) e no seguimento, a pontuação subiu para 10 em todas as sessões, com exceção de uma sessão no Bloco Mindful, uma no Bloco Valores e uma no seguimento (Figura 22).

Figura 22

Pontuação da participante Luana no VLQ por fase e por bloco nos temas Família e Casamento

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na Seção Valores do Tema Casamento, como pode ser visto na Figura 22, todas as sessões tiveram pontuação 9 na linha de base, Fase Experiencial 1 e Fase Analítica, com exceção de 3 sessões: 1 no Bloco Mindful da Fase Experiencial e 2 no Bloco Mindful da Fase Analítica. Na Fase Experiencial 2 houve redução da pontuação oscilando entre 6 e 8 nos dois blocos. No seguimento ocorreu outra redução com pontuações 7, 6 e 7 no S1, S2 e S3, respectivamente. Na Seção Ação Compromissada a pontuação permaneceu 7 em todas as sessões da linha de base (com exceção da primeira), variou entre 7 e 8 no Bloco Mindful e entre 6 e 9 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1. Na Fase Analítica houve variação entre 7

e 8, com predomínio de 8 no Bloco Mindful e 7 no Bloco Valores. A variação aumentou (entre 6 e 10) no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, mas reduziu no Bloco Valores (pontuação 7 em quase todas as sessões). No seguimento, a Figura 22 mostra redução na pontuação para 4 no S1, 6 no S2. No S3 a pontuação voltou a ser 7.

De acordo com a Figura 23, em se tratando da Seção Valores do Tema Parentalidade, ocorreu pontuação 4 na linha de base com exceção da última sessão (2). Fora a primeira sessão da Fase Experiencial 1 (que também foi 2), todas as outras sessões das fases experimentais e o seguimento permaneceram com pontuação mínima (1). Na Seção Ação Compromissada do mesmo Tema, salvo as duas primeiras sessões da linha de base (8) todas as outras sessões do procedimento experimental e seguimento tiveram pontuação 10.

Figura 23

Pontuação da participante Luana no VLQ por fase e por bloco nos Temas

Parentalidade e Amigos

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Com relação ao Tema Amigos, a Figura 23 também mostra a distribuição de pontos nas Seções Valores e Ação Compromissada. Na Seção Valores, a pontuação foi máxima (10)

em todas as sessões do procedimento experimental e no seguimento, com exceção de uma no Bloco Valores da Fase Analítica (8). Por outro lado, houve maior variação da pontuação na Seção Ação Compromissada: na linha de base ocorreu variação entre 7 e 9; no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 houve variação entre 6 e 8 no Bloco Mindful; no Bloco Valores da mesma fase a pontuação se manteve em 8, exceto na última sessão. Na Fase Analítica houve predomínio da pontuação 8, fora as últimas sessões de cada bloco (9); no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, ocorreu variação entre 9 e 10, vista também no Bloco Valores com concentração de 10 no final do Bloco, que se manteve no seguimento sem alteração (Figura 23).

A Figura 24 permite observar a distribuição da pontuação do VLQ nos Temas Trabalho e Educação. Na Seção Valores do Tema Trabalho, a pontuação variou entre 7 e 8 na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1. Houve predomínio de pontuação 9 e 8 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1 e no Bloco Mindful da Fase Analítica, respectivamente. No Bloco Valores da Fase Analítica, a pontuação variou entre 7 e 9 e entre 8 e 9 no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2. A pontuação estabilizou em 8 tanto no Bloco Valores da Fase Experiencial 2 quanto no seguimento, com exceção de uma sessão (9).

Na Seção Ação Compromissada do Tema Trabalho, como mostra a Figura 24, a pontuação variou entre 4 e 7 na linha de base, entre 5 e 7 no Bloco Mindful e entre 6 e 8 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1. No Bloco Mindful da Fase Analítica todas as sessões tiveram pontuação 7, com exceção da primeira (6), e no Bloco Valores a pontuação variou entre 5 e 7 também com predomínio de 7. Na Fase Experiencial 2 ocorreu variação entre 5 e 8 no Bloco Mindful e predomínio de 8 na pontuação do Bloco Valores. No S1 a pontuação reduziu para 4 e aumento para 6 e 9 no S2 e S3, respectivamente.

Figura 24

Pontuação da participante Luana no VLQ por fase e por bloco nos Temas Trabalho e

Educação

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 24 mostra também a distribuição da pontuação do VLQ no Tema Educação. Na Seção Valores houve predomínio da pontuação máxima em todo o procedimento experimental com algumas diminuições para 9: uma sessão no Bloco Mindful da Fase Experiential 1, duas sessões no Bloco Valores da Fase Analítica e quatro sessões na Fase Experiential 2, duas em cada bloco. Na Seção Ação Compromissada, ocorreu variação entre 7 e 8 tanto na linha de base quanto nos dois Blocos da Fase Experiential 1, fora a primeira sessão do Bloco Valores (6). Na Fase Analítica, a pontuação começou em 6 na primeira sessão do Bloco Mindful, subiu para 8 nas três sessões seguintes e reduziu para 7 na última sessão do Bloco Mindful e nas duas primeiras sessões do Bloco Valores. Em seguida, houve aumento para 8 e 9, e novamente redução para 7 na última sessão do Bloco Valores.

A Figura 25 mostra a distribuição da pontuação do VLQ nos Temas Lazer e Espiritualidade. Na linha de base do Tema Lazer, a pontuação variou entre 9 e 10 e permaneceu 10 na Fase Experiential 1, com exceção da última sessão do Bloco Valores (9). Na Fase Analítica, bem como na linha de base, houve variação entre 9 e 10 nos dois blocos e

permaneceu máxima (10) em todas as sessões da Fase Experiencial 2 e no seguimento. Na Seção Ação Compromissada, a pontuação variou entre 8 e 9 na linha de base, na Fase Experiencial 1, na Fase Analítica e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, com exceção de uma sessão no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 (7). No Bloco Valores da Fase Experiencial e no seguimento, ocorreu variação entre 9 e 10.

Figura 25

Pontuação da participante L. no VLQ por fase e por bloco nos Temas Lazer e Espiritualidade

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

No Tema Espiritualidade, a Figura 25 mostra que a pontuação na Seção Valores variou entre 9 e 10 na linha de base e nos dois blocos da Fase Experiencial 1. No Bloco Mindful da Fase Analítica a pontuação permaneceu 9 em todas as sessões e variou entre 8 e 10 no Bloco Valores da mesma fase e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2. No Bloco Valores da Fase Experiencial 2 e no seguimento, ocorreu alternância entre 9 e 10 a cada sessão. Na Seção Ação Compromissada, houve maior variação na pontuação se comparada com a Seção Valores. A pontuação foi distribuída da seguinte forma: variou entre 6 e 9 na

linha de base; permaneceu 8 em todas as sessões do Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 (fora uma sessão); variou entre 7 e 9 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1, nos dois blocos da Fase Analítica e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2; variou entre 9 e 10 no Bloco Valores da Fase Analítica com concentração de 9 no início e 10 no final do bloco. No seguimento ocorreu 9, 8 e 10 em S1, S2 e S3 respectivamente.

A Figura 26 mostra a distribuição da pontuação nos dois últimos Temas do VLQ: Civilidade e Autocuidado. A pontuação permaneceu 9 e 10 em toda a Seção Valores do Tema Civilidade, com predomínio de 9 em todo o procedimento experimental. No Bloco Mindful da Fase Experiencial 2 e no seguimento a pontuação permaneceu 9 em todas as sessões. Na Seção Ação Compromissada houve maior variação ao longo do procedimento experimental com concentração de menores pontuações (7 e 8) no início e maiores (9 e 10) no final do procedimento. Destaca-se estabilidade apenas no Bloco Valores da Fase Analítica quando a pontuação permaneceu 8 em todas as sessões. A pontuação máxima (10) ocorreu nas duas últimas sessões da Fase Experiencial 2 e no S2.

Figura 26

Pontuação da participante Luana no VLQ por fase e por bloco nos Temas Civilidade e Autocuidado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento.

O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na Seção Valores do Tema Autocuidado, a pontuação permaneceu 10 em quase todo o procedimento experimental e seguimento, com exceção de três sessões com pontuação 9: uma na linha de base, uma na segunda sessão do Bloco Valores da Fase Experiencial 1 e uma também na segunda sessão do Bloco Valores mas da Fase Analítica (Figura 26). Com relação a Seção Ação Compromissada, houve variações com pontuações menores (5) no início do procedimento (linha de base e Bloco Mindful da Fase Experiencial 1). No Bloco Valores da Fase Experiencial 1 e nos dois blocos da Fase Analítica a pontuação variou entre 6 e 8. A Figura 26 mostra que na Fase Experiencial 2 e no seguimento ocorreu variação entre 7 e 8 ao longo das sessões, com predomínio de 8 tantos nos blocos quanto no seguimento. Apenas uma sessão apresentou pontuação 9 (terceira sessão do Bloco Valores da Fase Experiencial 2).

AAQ-II. Como mostra a Figura 27, houve uma diminuição de 5 pontos no AAQ-II se comparadas as avaliações ALB e EXP2 (início e final do procedimento experimental). Não houve diferença entre ALB e DLB. Após as Fases Experiencial 1 e a Fase Analítica, ocorreram diminuições de 3 e 7 pontos respectivamente e aumento de 5 pontos após a Fase Experiencial 2. Entre as fases experimentais, a maior diferença na pontuação do AAQ-II ocorreu após a Fase Analítica.

Figura 27

Pontuação da participante Luana no AAQ-II

Nota. Pontuações da participante L. no AAQ-II nas avaliações que ocorreram antes e depois

do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

No S1, após um mês da finalização do procedimento experimental, Luana pontuou 33 no AAQ-II. Isto é, houve diminuição de 4 pontos com relação a EXP2. No S2 ocorreu a maior diferença entre avaliações com diminuição de 10 pontos em relação ao S1. Esta diminuição não se manteve no S3, ocorrendo aumento de 6 pontos.

CFQ-7. Com relação ao CFQ-7, a Figura 28 mostra diminuição de 8 pontos se comparadas as avaliações ALB e a EXP2. Se comparadas as avaliações entre as fases, as pontuações alternaram a cada fase oscilando entre aumentos e diminuições: diminuição de 4 pontos na DLB, aumento de 2 pontos na EXP1, diminuição de 12 pontos na ANA e novo aumento de 6 na EXP2. A maior diferença entre as pontuações (12) ocorreu após a Fase Analítica.

Figura 28

Pontuação da participante Luana no CFQ-7

Nota. Pontuações da participante L. no CFQ-7 nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

Nos Seguintos 1, 2 e 3 houve diminuição gradativa da pontuação: de 39 (S1) para 32 (S2), e depois para 30 (S3), a menor pontuação do estudo.

PSWQ. A Figura 29 mostra a distribuição da pontuação do PSWQ ao longo do estudo. Houve diminuição de apenas 1 ponto se comparadas as avaliações no início (ALB) e no final do procedimento experimental (EXP2). Após a linha de base ocorreu aumento de 71 para 79 na pontuação, que desceu 2 pontos após a primeira fase com manipulação da VI (EXP1). Entre as fases experimentais, a maior diferença de pontuação ocorreu depois da Fase Analítica (ANA) com diminuição de 14 pontos se comparada com a avaliação anterior (77). Após a Fase Experiencial 2, houve aumento de 8 pontos, e mais 2 pontos no S1 (73). Por fim, ocorreu diminuição de 6 pontos entre S1 e S2 (67) e entre S2 e S3 (61), sendo esta última a menor pontuação do estudo.

Figura 29

Pontuação da participante Luana no PSWQ

Nota. Pontuações da participante L. no PSWQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3. A altura da linha horizontal representa a pontuação limite de significância clínica.

FFMQ. De acordo com a Figura 30, que mostra a distribuição de pontos no FFMQ ao longo do estudo, houve aumento de 9 pontos entre o início (ALB) e o final do procedimento

experimental (EXP2). Pode-se observar uma tendência crescente nas pontuações, culminando em 125 no S3, maior pontuação do estudo. Comparando todas as pontuações, ocorreram apenas duas diminuições que demonstram piora de desempenho: na DLB e na EXP2, com queda de 8 e 17 pontos respectivamente. Na EXP1 (69) e ANA (102) ocorreram aumentos de 1 e 33 pontos respectivamente. O maior aumento entre as avaliações foi, portanto, após a Fase Analítica. No primeiro seguimento, após o procedimento experimental, ocorreu aumento de 23 pontos (108), além de 1 (109) e 16 no S2 e S3, respectivamente.

Figura 30

Pontuação da participante Luana no FFMQ

Nota. Pontuações da participante L. no FFMQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da fase experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

Participante Rafael

Conceituação de Caso

Informações Básicas. No início da terapia Rafael tinha 59 anos, mas completou 60 quando o estudo ainda se encontrava na linha de base. Rafael é filho de pais japoneses já falecidos, embora tenha nascido e residido em São Paulo a maior parte da vida. É o irmão mais novo entre três filhos e o único homem. Residia na casa dos pais junto com a irmã do meio que apresentava diagnóstico de dor crônica e depressão. A irmã mais velha morava em

outra cidade no Estado de São Paulo e era a única que tinha filhos e havia se casado. Rafael se formou em agronomia, mas no início do estudo não estava formalmente empregado há pelo menos um ano. Rafael foi diagnosticado com síndrome do intestino irritável e estava medicado desde 2008 com os seguintes fármacos: Cloridrato de Amitriptilina (25mg/dia), Cloridrato de Venlafaxina (75mg/dia), Fosfato de Codeína (30mg/dia só em caso de dor forte), Buscopan (também em caso de dor forte) e Clonazepam (2mg/dia). De 2008 até o início do estudo a única mudança ocorrida na medicação foi a diminuição do Clonazepam para 0,25mg/dia.

Queixa Inicial. Nas primeiras sessões Rafael contou que sofria da síndrome do intestino irritável há alguns anos. Sentia dores abdominais fortes que o levou ao hospital algumas vezes. Em investigação médica, não foi encontrada qualquer disfunção fisiológica que justificasse as dores. Foi então que recebeu o diagnóstico. Quando as dores ficavam muito fortes, Rafael se sentia desmotivado a fazer tarefas que costumava executar cotidianamente como atividades domésticas (limpar a casa e cozinhar), viajar a trabalho e encontrar amigos e familiares. Segundo ele, as dores prejudicavam muito o seu dia a dia diminuindo sua qualidade de vida. Rafael contou também que tinha problemas sociais fruto da timidez que o acompanhou durante toda a vida. Frequentemente sentia-se sozinho, com poucos amigos, frustrado por não ter uma namorada e, especialmente, por não ter casado. Intermitentemente apareciam lembranças relacionadas a um relacionamento amoroso do passado e sobre o primeiro emprego. Em ambos, ele sentia que tinha sido passado para trás. A mulher, com a qual manteve um relacionamento enquanto morava no Japão, o havia enganado e roubado o dinheiro que ele enviava periodicamente para ela. Juntos, tinham um plano de construir uma casa e montar um comércio com esta poupança. Quando ele retornou ao Brasil ela já tinha se mudado para outro país e não manteve contato com ele. Com relação ao primeiro emprego, Rafael contou que os colegas de trabalho não gostavam dele, não eram

confiáveis e boicotavam suas atividades. Rafael não gostava de ter essas lembranças, mas dizia não conseguir evitar que elas aparecessem. Contou que, de modo geral, sempre que se encontrava ocioso avaliava a vida pensando no que fez e no que deixou de fazer, o que trazia sentimentos ruins.

Contingências Históricas Relevantes. Rafael contou que seus pais, de origem japonesa, eram muito fechados, com pouco diálogo e interesse para saber sobre a vida dos filhos. O pai era rígido, autoritário e não se dirigia diretamente aos filhos. A mãe era submissa ao pai e fazia a mediação na comunicação entre eles. A filha mais velha saiu de casa aos 18 anos e se casou com um brasileiro, contrariando as expectativas do pai que desejava casamentos apenas entre japoneses. Ela logo conseguiu independência financeira e montou sua família nuclear, com dois filhos. A filha do meio sofria de depressão desde a adolescência. Já havia fugido de casa e por meio de uma carta deu a entender que se suicidaria. Rafael contou que ela sempre fora estranha, reservada em seu quarto e sem sinal de relacionamentos sociais. Permanecia em casa a maior parte do tempo e reagia agressivamente (batendo portas e deixando facas a mostra, por exemplo) quando ele saía de casa ou frente a alguma pista de que ele estava em um relacionamento amoroso (ligação telefônica, por exemplo). Certa feita, além da depressão, ela recebeu o diagnóstico de fibromialgia e Rafael afirmava que era também acumuladora. Ninguém, nem mesmo os familiares, conseguiam ter acesso a ela. Rafael afirmava se preocupar com ela desde muito cedo, mas se matinha distante por acreditar que ela não reagiria bem a qualquer tipo de aproximação com base em experiências anteriores. De forma resumida, os filhos eram assim notados pela família: a irmã mais velha era considerada a mais inteligente; a do meio, a problemática que não deu certo; ele foi o filho homem que o pai queria ter e se destacava por ser quieto, inofensivo e não “dar trabalho” para os pais.

Rafael relatou que se identificava como tímido, fechado e preocupado desde a adolescência. Essas características dificultavam a aproximação de pessoas em geral e, em especial, de meninas pelas quais se interessava. Sentia medo e vergonha em iniciar e manter contato com meninas. Sempre que estava interessado em alguém, ela já estava em outro relacionamento o que o deixava triste e deprimido. Apenas quando já estava na faculdade, tomou a iniciativa de se aproximar de pessoas em geral para fazer amizades. Nessa época a timidez diminuiu.

A ansiedade mais intensa apareceu à época do vestibular. Contou que não se lembrava da matéria enquanto tentava responder a prova do vestibular e que “dava branco” sempre que o fiscal que acompanhava os candidatos avisava o tempo restante de prova. Até então, Rafael não havia procurado ajuda profissional para lidar com essas características que o incomodavam. Mais tarde ele passou a sentir dores no estômago e relatou que toda a família sofria de problemas estomacais. Por isto, Rafael tentava preparar e escolher comidas com poucos condimentos e parava de comer pimenta, que era bastante apreciada por ele.

Rafael teve dois relacionamentos amorosos durante a vida. Com relação a um deles, o mais antigo, ele contou com pouca animação que, embora ela quisesse se casar, ele não cultivava tais planos por não se sentir realmente envolvido. Por dificuldades em se expressar acabou prolongando o relacionamento mais do que gostaria e foi acusado de tê-la enganado. A moça rompeu a relação. Ele se sentia culpado desde então, pela forma pouco honesta como conduziu a relação. O relacionamento posterior foi mais intenso e Rafael falava sobre ele com pesar. Contou que investiu na relação e que desde o princípio era apaixonado por ela. Mas logo precisou se mudar para o Japão em busca de melhores condições de vida. Segundo ele, era comum os japoneses emigrarem naquela época. Ao todo, Rafael foi para o Japão três vezes permanecendo lá de dois a quatro anos em cada uma das mudanças. Na última vez, morou no Japão por quatro anos e durante todo este período enviava dinheiro para a

namorada. Como achava que a família discordaria do modo como vivia a relação, parou de manter contato com todos por alguns anos. Ao receber uma carta da tia informando que sua mãe ainda estava viva, decidiu voltar para o Brasil. Ao chegar, descobriu que a namorada havia se mudado para outro país com todo o rendimento que ele havia enviado. Ele nunca entendeu o que aconteceu direito, mas contou que a partir desse momento, perdeu os sonhos. Rafael passou a morar na casa da mãe, com esta e a irmã do meio, e permaneceu na casa após o falecimento da mãe. Relatou sentir culpa por ter se afastado da mãe por tanto tempo, sentimento que o acompanhou até o momento em que estava em terapia. Sustentava-se com os rendimentos que ainda tinha oriundos da vivência no Japão e com trabalhos temporários que fazia ainda vinculado ao primeiro emprego.

Rafael relatou que teve uma cadela por 10 anos e que sentia muito a falta dela desde que ela morreu. Ela era sua companheira em todas as atividades em que se envolvia. Apreciava em especial a reciprocidade que havia entre ambos e o apego que ela demonstrava ter por ele, sempre disponível a estar por perto. Rafael disse que foi a relação mais profunda que experimentou e que ele sentia que eles se entendiam. Desde o seu falecimento sente-se triste e mais sozinho. Pensava em ter outro cachorro, mas dizia não ter coragem de passar por aquele sofrimento de novo, se referindo à perda que sofrera.

Avaliação funcional. De acordo com a informações obtidas e descritas nos dois tópicos anteriores, entende-se que Rafael parecia apresentar pouca habilidade social para se expor e construir relações mais profundas que envolvessem vulnerabilidade e intimidade. O repertório social parco era acompanhado de esquiva experiencial de sentimentos de vergonha relacionados a exposição. Parecia também apresentar fusão cognitiva com as memórias sobre o passado de modo a revivê-las no presente o que o deixava menos sensível a novas contingências, principalmente sociais. Os sentimentos de solidão retratavam, de fato, pouco contato social e isolamento em sua casa principalmente quando as dores apareciam. Relatou

que parou de sentir as dores quando estava em um hospital mais elitizado aguardando ser chamado para a consulta. Mas percebeu que a dor voltou quando saiu do hospital. Este episódio fortalece a hipótese da relação entre a dor e a atenção e cuidado que passou a receber a partir do seu aparecimento. Em resumo, Rafael apresentava fusão cognitiva acompanhada de atenção inflexível, o que prejudicava o seu contato com contingências presentes em momentos de vida variados. Além disso, apresentava forte esquiva experiencial das dores intestinais e das sensações associadas a timidez. A esquiva experiencial das dores era tão presente, que ele associava o sucesso da terapia ou das sessões a presença ou ausência das dores. É possível interpretar que Rafael demonstrava self conceitualizado, uma vez que não conseguia se ver distinto das descrições que envolviam auto percepção associada a alguém trouxe e tímido que foi passado para trás por pessoas diversas. Rafael descrevia e parecia ter consciência de alguns valores de vida como dividir a vida com uma companheira e se envolver com o ato de cozinhar, bem como presentear as pessoas com as comidas que fazia. Por outro lado, dizia não se engajar em tais atividades.

Dados nos Instrumentos

OQ-45. A Figura 31 mostra a pontuação de Rafael no OQ-45 ao longo do estudo. Se comparadas as pontuações antes e depois do procedimento experimental, houve diferença de 77 pontos passando de 110 (ALB) para 33 (ANA2) o que significa mudança confiável de acordo com o manual do OQ-45 (valor mínimo de 14). A maior diminuição na pontuação ocorreu entre a ALB e a DLB, com uma diminuição de 69 pontos. Esta queda após a linha de base ocorreu sem intervenção experimental planejada.

A partir da sessão LB2, a pontuação saiu da faixa de significância clínica (máxima de 62) e permaneceu assim durante todo o procedimento experimental e no seguimento. Na ANA1 houve uma diminuição de apenas 4 pontos, 1 ponto na EXP e 3 pontos na ANA2. As menores pontuações ocorreram em sessões assim distribuídas: uma na Fase Analítica 1 (29),

duas na Fase Experiencial (28 em ambas), uma na Fase Analítica 2 (29) e duas no seguimento. A menor pontuação ocorreu no S1 (26), mas aumentou no S2 (33) e no S3 (29).

Figura 31

Pontuação total do participante Rafael no OQ-45 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB1, LB2, LB3, LB4 e LB5 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; C1M1, C1M2, C1M3, C1M4, C1M5 = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1V1, C1V2, C1V3, C1V4, C1V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA1 = avaliação após a Fase Analítica 1; B1M1, B1M2, B1M3, B1M4, B1M5 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1V1, B1V2, B1V3, B1V4 e B1V5 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C2M1, C2M2, C2M3, C2M4, C2M5 = Fase Analítica 2 Bloco Mindful; C2V1, C2V2, C2V3, C2V4, C2V5 = Fase Analítica 2 Bloco Valores; ANA2 = avaliação após a Fase Analítica 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro de uma mesma fase experimental com exceção dos números associados às avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

A Figura 32 mostra a distribuição da pontuação do OQ-45 nos blocos de cada fase experimental. Na subescala Desconforto Subjetivo, a primeira sessão da linha de base (LB1) foi a única com pontuação (44) dentro da faixa de significância clínica (a partir de 36). A partir da LB2 a pontuação em todas as sessões do procedimento e seguimento foi abaixo de

36. Ao longo das fases, houve diminuição da pontuação se comparadas a linha de base e o último bloco do procedimento (Bloco Valores da Fase Analítica 2). De maneira geral, a pontuação foi maior na Fase Analítica 1 (oscilação entre 21 e 10 com predomínio de 20) e menor na Fase Experiencial (oscilação entre 8 e 18 com predomínio de 8 e 11). Na Fase Analítica 2 a pontuação subiu um pouco em comparação a Fase Experiencial mas ainda permaneceu mais baixa quando comparada com a Fase Analítica 1.

De acordo com o manual do OQ-45, ocorreu mudança confiável (diferença de 10 pontos) entre a LB1 e todas as outras sessões, e entre a sessão C1-M2 e C1-M3. Não houve diferença perceptível entre as pontuações dos Blocos Mindful e do Bloco Valores nas três fases experimentais. No S1 ocorreu a pontuação mais baixa do estudo (6). No S2 e S3, no entanto, a pontuação voltou para 11 e 10, respectivamente, se assemelhando ao Bloco Valores da Fase Analítica 2.

Na subescala Relacionamentos interpessoais, de maneira geral, não ocorreu diminuição visível da pontuação ao longo do procedimento e seguimento. Ao contrário, é possível notar na Figura 32 aumento na pontuação se comparadas a linha de base e a Fase Analítica 2. Ocorreram menores pontuações (10 e 11) na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Analítica 1, e maiores pontuações (18 e 19) na Fase Analítica 2. As pontuações entraram na faixa de significância clínica (a partir de 15) em algumas sessões distribuídas em todas as fases do procedimento experimental e seguimento.

Figura 32

Pontuação do participante Rafael nas subescalas do OQ-45 e por fase e por bloco

Nota. Distribuição da pontuação geral e das subescalas do OQ-45 de acordo com o tipo de sessão. LB = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = sessões de seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica nas subescalas e no geral.

Na subescala Desempenho de papel social ocorreram maiores pontuações (12, 13 e 14) concentradas na linha de base e na Fase Analítica 1, e menores na Fase Experiencial (6 e 7) e no seguimento (5 e 6). Na Fase Analítica 2, houve aumento da pontuação com variação entre 6 e 12 com relação a fase anterior tanto no Bloco Mindful quanto no Bloco Valores. Não é possível notar diferença entre as pontuações se comparados os Blocos Mindful e Valores em qualquer fase experimental, tanto nas subescalas quanto na pontuação geral (Figura 32).

GAD-7. A Figura 33 mostra que a pontuação no GAD-7 permaneceu abaixo do nível de significância clínica (10) durante todo o procedimento experimental e seguimento. Comparando a ALB e ANA2, nota-se diminuição da pontuação de 9 para 1. Na ANA1 a pontuação permaneceu a mesma da DLB (1), aumentou para 3 na EXP e reduziu novamente para 1 na ANA2. No seguimento, as pontuações foram 1, 3 e 1 no S1, S2 e S3, respectivamente. A maior pontuação ocorreu na ALB (9), reduziu para 1 logo na LB1 e aumentou para 4 na LB4. A partir da DLB as pontuações oscilaram entre 1 e 3 em todo o procedimento experimental e seguimento sem padrão definido.

Figura 33

Pontuação da participante Rafael no GAD-7 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB2 e LB4 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; C1M2 e C1M4, = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1V1, C1V3 e C1V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA1 = avaliação após a Fase Analítica 1; B1M2, B1M4 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1V1, B1V3 e B1V5 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C2M2 e C2M4 = Fase Analítica 2 Bloco Mindful; C2V1, C2V3 e C2V5 = Fase Analítica 2 Bloco Valores; ANA2 = avaliação após a Fase Analítica 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro da uma mesma fase experimental com exceção dos números associados as avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Comparando os Blocos Mindful e Valores de cada fase experimental, a Figura 34 mostra que as pontuações das sessões do Bloco Mindful permaneceram iguais em cada fase: 1 nas duas sessões da Fase Analítica 1, 1 nas duas sessões da Fase Experiencial e 2 nas duas sessões da Fase Analítica 2. As pontuações das sessões dos Blocos Valores, por outro lado, variaram em cada fase experimental.

A Figura 34 mostra que não houve diferença perceptível na pontuação quando comparadas as fases experimentais bem como quando comparados os Blocos Mindful e Valores de cada fase.

Figura 34

Pontuação do participante Rafael no GAD-7 por fase e por bloco

Nota. GAD-7 por fase: LB2 e LB4 = linha de base; 1, 2, 3, 4 e 5 = sessões que ocorreram em cada Fase experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. GAD-7 por bloco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 = sessões de cada fase experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

VLQ. Com relação a distribuição de pontuação no VLQ, a Figura 35 mostra que na Seção Valores do Tema Família, a pontuação permaneceu máxima (10) em todas as sessões do procedimento experimental e seguimento, com exceção de uma sessão do Bloco Valores da Fase Analítica 2 (9). Na Seção Ação compromissada a pontuação variou entre 7 e 9 na linha de base, entre 7 e 10 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1 e, de novo, entre 7 e 9 no Bloco Valores da mesma fase. Houve redução da pontuação na Fase Experiential com variação entre 6 e 8 no Bloco Mindful e 6 em todas sessões do Bloco Valores exceto uma (7). Na Fase Analítica 2, a pontuação subiu em comparação a Fase Experiential variando entre 7 e 10 no Bloco Mindful e entre 6 e 9 no Bloco Valores. No seguimento ocorreram pontuações 9, 8 e 9 no S1, S2 e S3 respectivamente.

Figura 35

Pontuação do participante Rafael no VLQ por fase e por bloco nos Temas Família e Casamento

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 35 mostra também a distribuição da pontuação no Tema Casamento. Na Seção Valores houve permanência de pontuação máxima (10) na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Analítica 1. A partir do Bloco Valores da mesma fase, a pontuação passou a variar ao menos em uma sessão em todas as fases e no seguimento: entre 9 e 10 no Bloco Valores da Fase Analítica 1 e no Bloco Mindful da Fase Experiencial; entre 7 e 10 (com predomínio de 10) no Bloco Valores da Fase Experiencial; entre 8 e 9 no Bloco Mindful da Fase Analítica 2; entre 9 e 10 no Bloco Valores da mesma Fase. No seguimento as pontuações foram 10, 10 e 8 no S1, S2 e S3 respectivamente,

Na Seção Ação compromissada ocorreu diferença perceptível na distribuição das pontuações de acordo com as fases experimentais. Ocorreu variação entre 7 e 8 na linha de base, entre 6 e 8 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1 e cai para variação entre 5 e 7 no Bloco Valores da mesma fase. Como mostra a Figura 35, ocorreu aumento perceptível da pontuação na Fase Experiencial com variação entre 8 e 10 nos dois blocos. Na Fase Analítica 2, as pontuações foram as menores considerando todas as fases experimentais com variação entre 4 e 6 no Bloco Mindful e entre 3 e 5 no Bloco Valores. No seguimento houve aumento

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = Seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

No Tema Amigos, ocorreu pontuação máxima em todas as sessões da Seção Valores do procedimento experimental e no seguimento. Na Seção Ação compromissada ocorreu variação entre 9 e 10 na linha de base e no Bloco Valores da Fase Analítica 1 e permaneceu 9 no Bloco Valores com exceção de uma sessão (8). Na Fase Experiencial, houve aumento da pontuação para 10 em todas as sessões nos dois blocos excetuando as duas primeiras sessões do Bloco Mindful (9). Voltou a ocorrer variação entre 9 e 10 (como no início do procedimento) no Bloco Mindful da Fase Analítica 2 e predomínio de 9 no Bloco Valores (fora uma sessão com pontuação 8). No seguimento as pontuações foram 10 no S1, 8 no S2 e 9 no S3.

A Figura 37 mostra a distribuição da pontuação do VLQ do participante Rafael nos Temas Trabalho e Educação. Na Seção Valores do Tema Trabalho ocorreu pontuação máxima em todo o procedimento experimental e no seguimento com exceção de duas sessões, uma na linha de base (9) e outra no Bloco Valores da Fase Analítica 1 (9). Ocorreu maior variação na Seção Ação compromissada com frequência maior de pontuações mais altas na Fase Experiencial em comparação às outras fases experimentais. Na linha de base, a pontuação variou entre 8 e 9, com pontuação menor (5) apenas na primeira sessão. Na Fase Analítica 1 ocorreu variação entre 6 e 9 no Bloco Mindful e entre 6 e 8 no Bloco Valores. Na Fase Experiencial, houve predomínio de pontuação 9 nos dois blocos com exceção de uma sessão no Bloco Mindful (10) e uma no Bloco Valores (8).

Figura 37

Pontuação do participante Rafael no VLQ por fase e por bloco nos temas Trabalho e

Educação

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento.

O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na Seção Valores do Tema Educação ocorreu pontuação máxima (10) em todas as sessões do procedimento experimental e seguimento, exceto uma sessão do Bloco Mindful da Fase Experiential (9). Na Seção Ação compromissada a pontuação foi, de modo geral, mais baixa na Fase Analítica 1 em comparação às outras fases experimentais. A pontuação variou entre 7 e 9 na linha de base, entre 7 e 10 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1 e entre 7 e 8 no Bloco Valores da mesma Fase. Houve aumento da pontuação na Fase Experiential com predomínio de 9 nos dois blocos e pontuação máxima (10) em uma sessão de cada bloco. No Bloco Mindful da Fase Analítica 2, ocorreram pontuações 9 e 10 em duas sessões e 7 em uma sessão. Houve menor variação da pontuação no Bloco Valores com 9 pontos em todas as sessões, exceto uma (8). No seguimento as pontuações foram 10, 9 e 10 no S1, S2 e S3 respectivamente.

Com relação ao Tema Lazer, a Figura 38 mostra que a pontuação de Rafael na Seção Valores permaneceu 10 em quase todo o procedimento experimental e seguimento, com exceção de quatro sessões com pontuação 9 distribuídas em diferentes blocos das fases

experimentais. Na Seção Ação Compromissada ocorreu aumento gradativo da pontuação passando de 7 para 9 na linha de base. Na Fase Analítica 1, ocorreu menor pontuação (7) na primeira e última sessão do Bloco Mindful e aumento nas sessões intermediárias (9, 10 e 8 nesta ordem). Houve permanência de 8 pontos no Bloco Valores da Fase Analítica 1 e 9 em toda a Fase Experiencial, com exceção de uma sessão do Bloco Mindful (10). Houve predomínio de 9 na Fase Analítica 2, mas com maior variação em comparação à Fase Experiencial: em uma sessão do Bloco Mindful ocorreu pontuação 5 e em duas sessões do Bloco Valores ocorreu pontuação 8. No seguimento houve variação entre 7 e 9 com 9 no S1, 7 no S2 e 8 no S3.

Observando a Figura 38, é possível perceber que houve maior estabilidade da pontuação no Bloco Valores na Seção Ação compromissada do Tema Lazer em comparação ao Bloco Mindful das fases experimentais. Também houve maior estabilidade no Bloco Valores quando comparado com a linha de base e com o seguimento, embora o número de sessões não seja proporcional (15 sessões no Bloco Valores, 5 na linha de base e 3 no seguimento).

Figura 38

Pontuação do participante Rafael no VLQ por fase e por bloco nos temas Lazer e Espiritualidade

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do

Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento.

O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 38 permite observar também a distribuição da pontuação e Rafael no VLQ no Tema Espiritualidade. Na Seção Valores, ocorreu aumento gradativo da pontuação ao longo da linha de base e nos dois blocos da Fase Analítica 1: 7 nas duas primeiras sessões da linha de base; 8 nas três sessões seguintes da linha de base e nas duas primeiras do Bloco Mindful da Fase Analítica 1; 9 nas últimas sessões do Bloco Mindful e em todo o Bloco Valores. Na Fase Experiencial, a pontuação variou entre 8 e 9 no Bloco Mindful, permaneceu 9 no Bloco Valores, com exceção da última sessão (10), e em toda a Fase Analítica 2, com exceção da última sessão do Bloco Mindful (8). No seguimento, a pontuação também permaneceu 9 no S1 e no S2, e desceu para 8 no S3. Comparando o Bloco Mindful com o Bloco Valores, houve maior estabilidade na pontuação no Bloco Valores em todas as fases experimentais.

Na Seção Ação Compromissada do Tema Espiritualidade, a pontuação variou entre 7 e 8 na linha de base, entre 7 e 9 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1, e entre 7 e 8 no Bloco Valores. Na Fase Experiencial, houve aumento da pontuação para 9 em toda a Fase, com exceção da última sessão de cada bloco (8 e 9). No Bloco Mindful da Fase Analítica 2, a variação aumentou (entre 5 e 9) e permaneceu 7 no Bloco Valores, com exceção da última sessão (8). No seguimento, a pontuação foi para 8, 8 e 9 no S1, S2 e S3, respectivamente. Comparando os Blocos Mindful e Valores, houve maior estabilidade da pontuação no Bloco Valores em todas as fases experimentais (Figura 38).

Na Seção Valores do Tema Civilidade, a Figura 39 mostra decréscimo da pontuação ao longo das sessões de linha de base começando em 10, chegando a 8 na quarta sessão e subindo para 9 na última. Nos Blocos Mindful das fases experimentais, a pontuação variou

entre 8 e 9 com predomínio de 8 apenas na Fase Experiencial. No Bloco Valores de todas as fases, a pontuação permaneceu 9 em todas as sessões, o que também pode ser visto no seguimento conforme mostra a Figura 39. Desse modo, houve maior estabilidade da pontuação nos Blocos Valores em comparação aos Blocos Mindful em todas as fases experimentais.

Na Seção Ação Compromissada do Tema Civilidade, a pontuação variou entre 7 e 9 na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Analítica 1, e entre 7 e 8 no Bloco Valores da mesma fase. Houve aumento da pontuação na Fase Experiencial variando entre 8 e 9 no Bloco Mindful e permanecendo 9 no Bloco Valores em todas as sessões. Na Fase Analítica 2, ocorreu diminuição da pontuação com variação entre 7 e 8 nos dois blocos da fase. No seguimento ocorreu 8 em S1 e em S2, e aumento para 9 no S3.

Figura 39

Pontuação do participante Rafael no VLQ por fase e por bloco nos temas Civilidade e Autocuidado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 39 mostra também a distribuição da pontuação do VLQ no Tema

Autocuidado. Na Seção Valores, ocorreu variação da pontuação entre 8 e 10 na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Analítica 1. Ocorreu aumento da pontuação com variação entre 9 e 10 no Bloco Valores da Fase Analítica 1 e em toda a Fase Experiencial. Houve um novo aumento da pontuação para 10 em toda a Fase Analítica 2 e no seguimento, com exceção do S3 (9).

Na Seção Ação Compromissada do Tema Autocuidado, a pontuação variou entre 7 e 10 na linha de base, entre 8 e 9 no Bloco Mindful da Fase Analítica 1 e, novamente, entre 7 e 10 no Bloco Valores da mesma fase. Na Fase Experiencial houve aumento da pontuação variando entre 9 e 10 no Bloco Mindful e permanecendo 9 no Bloco Valores, com exceção da terceira sessão (8). Houve diminuição da pontuação para 8 no Bloco Mindful da Fase Analítica 2 em todas as sessões, com exceção de uma, e novamente variação entre 7 e 10 no Bloco Valores. No seguimento, as pontuações foram 9, 8 e 8 no S1, S2 e S3, respectivamente.

AAQ-II. A Figura 40 mostra a distribuição da pontuação de Rafael no AAQ-II nas avaliações (após cada fase experimental) e no seguimento. Se comparadas a ALB e a DLB, ocorreu diminuição de 11 pontos ainda sem intervenção experimental. Após a Fase Analítica 1 e Fase Experiencial, houve aumento de 5 pontos e 1 ponto, respectivamente. A única diminuição (6 pontos) após intervenção experimental ocorreu na ANA2, passando de 34 para 28 (pontuação semelhante a DLB). No S1, ocorreu diminuição de 3 pontos passando de 28 para 25 pontos e permaneceu assim no S2, diminuindo mais 3 pontos no S3 (22).

Figura 40

Pontuação do participante Rafael no AAQ-II

Nota. Pontuações da participante C. no AAQ-II nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

CFQ-7. A Figura 41 mostra a distribuição da pontuação de Rafael nas avaliações ao longo do estudo. Comparando a ALB e a DLB, houve diminuição de 9 pontos passando de 40 para 31 antes de qualquer intervenção experimental. Após a Fase Analítica 1, ocorreu aumento de 1 ponto e diminuição de 6 após a Fase Experiencial. Após a Fase Analítica 2, ocorreu aumento de 9 pontos alcançando uma pontuação acima de todas as avaliações anteriores, com exceção da ALB. As menores pontuação foram concentradas no seguimento, com o menor valor (13) no S1 e aumento de 7 e 4 pontos no S2 (20) e S3 (24), respectivamente.

Figura 41

Pontuação do participante Rafael no CFQ-7

Nota. Pontuações da participante C. no CFQ-7 nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; ANA = depois da Fase Analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

PSWQ. A Figura 42 mostra a distribuição da pontuação de Rafael no PSWQ nas

avaliações e seguimento. Comparando a ALB e a DLB, houve aumento de 2 pontos passando de 61 para 63 antes de qualquer intervenção experimental. Na ANA1, a pontuação voltou a 61, como na ALB. Após a Fase Experiencial, houve diminuição de 2 pontos, que também ocorreu após a Fase Analítica 2 representando saída da faixa de significância clínica (pontuação maior que 57). Não houve alteração na pontuação no S1, mas ocorreu aumento no S2 e S3 para 60, trazendo a pontuação novamente para a faixa de significância clínica.

Figura 42

Pontuação do participante Rafael no PSWQ

Nota. Pontuações da participante R. no PSWQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; depois da linha de base; ANA1 = depois da Fase Analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3. A altura da linha representa a pontuação limite de significância clínica.

FFMQ. A Figura 43 mostra a distribuição da pontuação de Rafael no FFMQ nas avaliações e seguimento. É possível observar apenas duas diminuições na pontuação considerando todo o estudo: 1 ponto na DLB (141) e 5 pontos no S3 (162). Em todas as outras avaliações e seguimento ocorreu aumento da pontuação. Na ANA1 ocorreu aumento da pontuação de 141 para 146, e aumento de mais um ponto na EXP (147). O maior aumento ocorreu na ANA2, quando a pontuação passou de 156 para 161 totalizando 9 pontos de diferença. No S1 houve aumento de 5 pontos (161), de 6 no S2 (167) e diminuição de 5

pontos no S3 (162).

Figura 43

Pontuação do participante Rafael no FFMQ

Nota. Pontuações da participante R. no FFMQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; depois da linha de base; ANA1 = depois da Fase Analítica 1; EXP = depois da Fase Experiencial; ANA2 = depois da Fase Analítica 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

Participante Iuri

Conceituação de Caso

Informações Básicas. Iuri é transexual, no início da terapia tinha 23 anos e tomava hormônio há pelo menos três anos. Ele estava no início da graduação em universidade pública e, por isso, havia se mudado para a cidade de São Paulo. Até então, morava com os pais e com a irmã três anos mais velha na zona rural de uma pequena cidade no interior de outro estado. As famílias do pai e da mãe foram de baixa renda no passado. Ao longo do trabalho rural, os pais montaram, em paralelo, um comércio na cidade que permitiu renda um pouco mais confortável para a família. No início da terapia, Iuri não trabalhava mais (antes ajudava os pais tanto no trabalho rural quanto no comércio), era assistido financeiramente pelos pais e não estava em tratamento psiquiátrico. A partir da última sessão da segunda fase experimental, ele passou a usar Fluoxetina (20 mg ao dia) prescrito pelo psiquiatra que o acompanhou durante o restante da pesquisa.

Queixa Inicial. Nas primeiras sessões Iuri, relatava muita dificuldade em se concentrar no ato de estudar sentindo-se frequentemente nervoso, atrasado, cansado e insuficiente. Além disso, tinha pensamentos persistentes sobre o que deveria estar fazendo (no lugar do que estava fazendo no momento presente) e sobre não conseguir dar conta das atividades. Iuri relatou estar constantemente preocupado com as tarefas acadêmicas. Ele estava visivelmente acelerado nas primeiras sessões, com movimentos corporais inquietos e falas sem pausa. Iuri relatava que a sua turma na Universidade estava a frente em nível de escolaridade e que os colegas, em geral, precisavam se esforçar menos que ele para conseguir boas notas. Ele, por outro lado, ainda que tentasse com maior esforço, não conseguia o mesmo desempenho. Já havia desistido de algumas disciplinas, inclusive. Próximo a avaliações, Iuri ficava acelerado com alterações no sono e no apetite. Havia ganhado três quilos na semana anterior a primeira sessão e emagrecido os mesmos três quilos no final de semana. Iuri relatava que comer ajudava a se concentrar, mas não selecionava os alimentos. Comia o que estivesse disponível. Esse padrão também acontecia enquanto morava na casa dos pais, mas relacionado ao fim do ciclo da testosterona.

Contingências Históricas Relevantes. Iuri começou a trabalhar com os pais aos cinco anos, tanto no comércio quanto no sítio. Segundo ele, seus pais trabalhavam de domingo a domingo e cobravam o trabalho dele em troca de comida “como se ele (pai) não fosse obrigado a me dar comida”. Iuri era obrigado a trabalhar também de madrugada, mesmo quando ele tinha aula cedo na manhã seguinte. O pai valorizava apenas o trabalho braçal e o repreendia quando o via “parado” lendo ou no computador. Iuri não sabia o valor da renda familiar. Com frequência, ouvia dos pais que a situação financeira estava ruim, que eles o ajudavam com o que podiam e que trabalhavam muito. Mas ao chegar na casa dos pais, comumente notava a presença na casa de itens não essenciais como uma nova televisão, por

exemplo. Isso o deixava confuso e perdido. Sentia que os pais não confiavam nele. Iuri se perguntava o que eles cobrariam por estarem ajudando a sua subsistência em São Paulo.

A irmã de Iuri era, segundo ele, a filha perfeita. Ela obedecia aos pais, pedia desculpas ao pai sempre que ele a repreendia e seguia seus critérios com relação a “boas” decisões. Seguiu os conselhos do pai estudando para estar a frente dos negócios da família, frequentava a igreja (os pais eram católicos conservadores) e se casaria virgem. Segundo Iuri, sua irmã era muito inteligente, focada e tinha facilidade para estudar e aprender. Ele, por outro lado, se sentia o desgosto da família.

Não raro Iuri era repreendido com violência tanto pelo avô quanto pelo pai. Ele relatou que sofria agressões físicas com uso de instrumentos como um cabo de vassoura ou uma mangueira, por exemplo. O pai escondia da mãe tais agressões e quando era descoberto fingia choro e a convencia de que ele tinha feito algo por merecer. A mãe, por sua vez, o acusava de ser uma pessoa ruim e de obrigar o pai a bater nele ao fazer algo repreensível. Além das repreensões, Iuri relatou que, aos cinco ou seis anos, o pai o tocava em regiões íntimas ao segurá-lo no colo. Todos em casa eram obrigados a dormir com as portas dos quartos abertas. A mãe não permitia que Iuri andasse sem roupa em casa. Em alguns momentos, ao despertar de madrugada, ele percebia que o pai o observava dormir. Por isso sempre dormia vestido. O pai já havia traído a mãe com a babá. Iuri relatou sentir nojo do pai. Quando mais velho, após uma briga entre os dois, passou dois anos sem se aproximar ou falar com o pai após ter sido cuspidado no rosto.

Iuri ingressou na universidade por meio da política de cotas e sentia as consequências sociais disso. Logo nos primeiros dias de contato com a universidade foi criticado por uma funcionária. Ela afirmou que ele não deveria estar lá, pois não tinha entrado por mérito. Iuri convivia constantemente com a sensação de que não deveria estar no ambiente universitário tanto pelo fato de ter sido contemplado com a cota, quanto pelo fato de ter tido um ensino

aquém do que julgava necessário, em comparação o histórico escolar dos colegas. Segundo ele, vivia desesperado achando que tinha muita coisa a fazer, que não era tão capaz quanto os colegas e que nenhum tempo seria suficiente para se igualar ao nível da turma. Até o ingresso na universidade Iuri estudou em uma escola na cidade onde morava e julgava o ensino médio muito fraco. Por outro lado, até o ensino médio adorava estudar e com frequência era considerado o melhor aluno da turma. Relatou sentir muito prazer em estar em sala de aula bem como se engajar em atividades escolares diversas como olimpíadas de matemática, por exemplo. Mas ao longo do ensino médio foi perdendo o prazer em estudar e outros sentimentos com relação ao gênero foram se sobressaindo em seu cotidiano.

A família considerava certos assuntos tabu, como menstruação, por exemplo. Por isso, Iuri não era informado sobre a ocorrência de menstruação e como lidar com isso. No período entre 12 e 14 anos, relatou que começou a ficar deprimido em associação ao início da puberdade quando ocorreram maiores modificações corporais. Perdeu o prazer em atividades de entretenimento e se sentia desmotivado em fazer as atividades escolares. Passou a se ausentar da escola durante as aulas e fazia apenas as avaliações. Iuri relatou não se sentir pertencente a grupos sociais na escola: nem ao grupo de meninos, nem ao de meninas. Disse ter sofrido bullying quando tinha permissão para estar próximo das meninas apenas quando tinha algo a oferecer como biscoito. Depois foi excluído do grupo e humilhado. O aparecimento dos seios veio acompanhado de maior intensidade no sofrimento e aumento da sensação de não pertencimento, neste caso, ao próprio corpo.

Eu não sabia quem eu era, eu tava lá tentando assumir esse papel que era fazer parte do grupo das meninas, ter interesses parecidos e falar de coisas parecidas, mas eu não me sentia contemplado com aquilo, não era uma coisa que eu tava bem, eu não sabia o que fazer com aquilo e ninguém gostava de mim como a menina tinha falado. As pessoas não me queriam por perto.

Iuri ficou em depressão por quatro anos permanecendo afastado de atividades escolares/acadêmicas. Neste período, com a chegada de computador e internet em casa, ele passou a pesquisar sobre transição de gênero. Iuri relatou que fora sempre muito curioso. Com o acesso a internet, ele teve acesso a um mundo mais amplo, o que possibilitou compreender o que estava vivendo no que diz respeito a identidade de gênero. “Não passava um dia sem me lembrar que eu me sentia desconfortável naquele corpo.” Segundo ele, sempre se identificou como menino, mas não era reconhecido como tal na cidade de origem. Como os pais também não reconheciam sua identidade, era obrigado a se vestir e se comportar como menina. Com frequência era apontado na rua, chamavam-no pelo nome feminino e era xingado por se vestir da forma mais masculina que conseguia. Fez amigos na internet e, por isto, mudou-se para São Paulo em busca da mastectomia (cirurgia para remoção da mama). No início da terapia, Iuri morava com amigos, já tinha realizado a mastectomia, usava seu nome social e frequentava a universidade.

Avaliação funcional. Com base na descrição das contingências históricas, entende-se que Iuri apresentava repertório de ansiedade com a presença de esquiva experiencial dos sentimentos relacionados a não pertencimento, solidão e insuficiência. Essa esquiva se apresentava por meio do seu engajamento em atividades diversas (de forma frequentemente exagerada), tais como: falar sobre si e sobre sua história pessoal, principalmente sobre a transexualidade, com pessoas variadas e pouco íntimas, inclusive; tarefas acadêmicas, mas sem cronograma ou seleção de prioridades definidas e, com frequência, sem continuidade; atender a pedidos de ajuda de amigos e pessoas conhecidas; estar presente sempre que solicitado por alguém; entre outras.

Além da esquiva experiencial, Iuri apresentava também fusão cognitiva com pensamentos relacionados a autocobranças sobre tarefas que deveria executar. Em sua grande maioria, essas tarefas estavam relacionadas a universidade, incluindo as disciplinas

acadêmicas e atividades gerais vinculadas a vivência universitária. Por causa da fusão com os pensamentos, Iuri tinha dificuldades em prestar atenção em situações que estava vivenciando no aqui e agora, como a fala de outra pessoa ou a própria execução de uma tarefa acadêmica. A isto, pode-se denominar atenção inflexível com predomínio de atenção voltada aos próprios pensamentos e não ao mundo “exterior”.

Por fim, Iuri parecia não saber ao certo descrever seus valores. Os relatos sobre o que era importante apareciam misturados com o que ele julgava ser certo ou errado, e com o que ele “deveria fazer”.

Dados nos Instrumentos

OQ-45. A Figura 44 mostra que, comparando a ALB e a DLB com a EXP2 (após as fases experimentais) houve diminuição de 24 e 25 pontos respectivamente, o que aponta mudança confiável (mínimo de 14 pontos) segundo o manual do instrumento. Se as avaliações ALB e DLB forem comparadas com as avaliações de seguimento, houve diminuição de 12 e 13 pontos na S1; 30 e 31 na S2; e 28 e 29 pontos na S3.

Houve diminuição de 10 pontos se comparadas a ADL e EXP1, aumento de 12 pontos entre EXP1 e ANA e diminuição de 27 pontos entre ANA e EXP2. Neste último caso, houve diferença suficiente para configurar mudança confiável. Apenas na EXP2, a pontuação foi abaixo do nível de significância clínica (63 ou mais), se repetindo no S2 e S3, se consideradas apenas as avaliações. Mas se consideradas todas as sessões experimentais, houve maior concentração de pontuações abaixo do nível de significância clínica em sessões na segunda metade da Fase Experiencial 1 (5 sessões), na primeira metade da Fase Analítica (6 sessões) e no final da Fase Experiencial 2 (3 sessões).

Figura 44

Pontuação total do participante Iuri no OQ-45 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB1, LB2, LB3, LB4 e LB5 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; B1M1, B1, M2, B1M3, B1M4, B1M5 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1V1, B1V2, B1V3, B1V4 e B1V5 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP1 = avaliação após a Fase Experiencial 1; C1M1, C1M2, C1M3, C1M4, C1M5 = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1V1, C1V2, C1V3, C1V4, C1V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA = avaliação após a Fase Analítica; B2M1, B2M2, B2M3, B2M4, B2M5 = Fase Experiencial 2 Bloco Mindful; B2V1, B2V2, B2V3, B2V4, B2V5 = Fase Experiencial 2 Bloco Valores; EXP2 = avaliação após a Fase Experiencial 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro de uma mesma fase experimental com exceção dos números associados às avaliações (EXP e ANA). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

Na subescala Desconforto Subjetivo, a Figura 45 mostra a primeira diminuição da pontuação no Bloco Valores na Fase Experiencial 1, com saída da faixa de significância clínica na última sessão do Bloco Mindful e permanência nas duas primeiras sessões do Bloco Valores. No Bloco Mindful da Fase Analítica, houve outra redução na pontuação atingindo a menor em todo o estudo na segunda sessão no Bloco Mindful (21). No Bloco Valores, houve aumento da pontuação atingindo pontuações semelhantes (42) e até maiores (59) se comparadas com a linha de base, permanecendo mais ou menos na mesma faixa na Fase Experiencial 2. Houve redução da pontuação nas últimas três sessões do Bloco Valores, mas

apenas uma delas saiu da faixa da significância clínica.

Conforme mostra a Figura 45, na subescala Relacionamentos interpessoais, as duas primeiras sessões da linha de base apresentaram pontuações abaixo do nível de significância clínica (15 ou mais). A pontuação não se manteve abaixo do nível de significância clínica nas outras três sessões da linha de base, nem na maior parte das sessões do Bloco Mindful na Fase Experiencial 1 (com exceção da última). No Bloco Valores da mesma Fase, houve redução da pontuação. Todas as sessões deste bloco ficaram com pontuação abaixo do nível de significância clínica bem como em quase toda a Fase Analítica em sequência, com exceção de duas sessões no final do Bloco Valores. Na Fase Experiencial 2, houve nova redução da pontuação nas primeiras sessões do Bloco Mindful, mas aumentou novamente nas outras três sessões subsequentes: na última do Bloco Mindful e nas duas primeiras do Bloco Valores. Apenas essas três sessões desta fase apresentaram pontuação acima do nível de significância clínica.

Figura 45

Pontuação do participante Iuri nas subescalas do OQ-45 e por fase e por bloco

Nota. Distribuição da pontuação geral e das subescalas do OQ-45 de acordo com o tipo de sessão. LB = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = sessões de seguimento. A linha mais

destacada representa a pontuação limite de significância clínica nas subescalas e no geral.

Na subescala Desempenho de papel social, a Figura 45 mostra que houve variação semelhante nas pontuações da linha de base e do Bloco Mindful da Fase Experiencial 1, com exceção da última sessão do bloco cuja pontuação (9) foi a primeira fora da faixa de significância clínica (a partir de 12 pontos). No Bloco Valores da mesma Fase, houve diminuição da pontuação e três delas também ficaram fora da faixa de significância clínica. Nos dois Blocos da Fase Analítica, a pontuação oscilou em torno dos valores limite da faixa de significância clínica: entre 9 e 13 no Bloco Mindful, e entre 11 e 13 no Bloco Valores (três sessões apresentando pontuação 12). O mesmo padrão também ocorreu na Fase Experiencial, com maior concentração de pontuação abaixo da faixa de significância clínica no Bloco Mindful (três sessões) se comparada com o Bloco Valores (última sessão apenas), e no seguimento. Embora exista alguma variação, não houve diferença visível entre os Blocos Mindful e Valores na pontuação total do OQ-45.

GAD-7. A Figura 46 mostra a distribuição da pontuação do GAD-7 ao longo do procedimento. Houve diminuição de 22 pontos se comparadas a ALB e a DLB (ambas com 15) com a EXP2 (7). Não houve mudança na pontuação (15) das avaliações ocorridas na linha de base. A pontuação reduziu para 12 na EXP1, aumentou um ponto na ANA (13) e reduziu 20 pontos na EXP2 (7).

Se analisadas as pontuações que ocorreram ao longo das fases experimentais, houve uma primeira queda importante de 25 pontos na sessão B1-M4 (9) ainda na primeira fase experimental (Experiencial 1), saindo da faixa de significância clínica. A partir da sessão B1-V3 a pontuação variou com máxima de 12 pontos e mínima de 5, de modo a sair e entrar na faixa de significância clínica alternadamente até o final da Fase Analítica. Também ocorreu uma alternância na pontuação na Fase Experiencial 2, mas oscilando em uma faixa entre 18 e 8 pontos. Na EXP2 e no seguimento, a pontuação permaneceu abaixo do nível de

significância clínica.

Figura 46

Pontuação do participante Iuri no GAD-7 ao longo do procedimento

Nota. ALB = avaliação antes da linha de base; LB2 e LB4 = linha de base; DLB = avaliação depois da linha de base; B1-M1, B1-M4 = Fase Experiencial 1 Bloco Mindful; B1-V1, B1-V3 e B1-V5 = Fase Experiencial 1 Bloco Valores; EXP = avaliação após a Fase Experiencial 1; C1M2 e C1-M4, = Fase Analítica 1 Bloco Mindful; C1-V1, C1-V3 e C1-V5 = Fase Analítica 1 Bloco Valores; ANA = avaliação após a Fase Analítica 1; B2-M2 e B2-M4 = Fase Experiencial 2 Bloco Mindful; B2-V1, B2-V3 e B2-V5 = Fase Experiencial 2 Bloco Valores; EXP2 = avaliação após a Fase Experiencial 2; S1, S2, S3 = seguimento. Os números representam sessões que ocorreram dentro da uma mesma fase experimental com exceção dos números associados as avaliações (ANA e EXP). A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

De modo geral, a Figura 46 mostra que os mais valores do GAD-7 ocorreram na fase experiencial 2 e os menores na Fase Analítica.

Comparando os Blocos Mindful e Valores de cada fase experimental, é possível notar na Figura 47 uma variação que se repete nos dois blocos: inicialmente há uma queda da pontuação, seguido de um aumento acentuado ao longo das sessões. Não há, portanto, diferença visível entre as pontuações dos dois blocos.

Figura 47

Pontuação do participante I. no GAD-7 por fase e por bloco

Nota. GAD-7 por fase: LB2 e LB4 = linha de base; 1, 2, 3, 4 e 5 = sessões que ocorreram em cada fase experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. GAD-7 por bloco: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 = sessões de cada fase experimental; S1, S2 e S3 = seguimento. A linha mais destacada representa a pontuação limite de significância clínica.

VLQ. A Figura 48 mostra a distribuição da pontuação do VLQ do participante Iuri no VLQ nos blocos de cada fase. No Tema Família, Seção Valores, a pontuação foi 9 na linha de base (com exceção da primeira sessão) e subiu para 10 em toda a Fase Experiencial 1 e na Fase Analítica, excetuando uma sessão do Bloco Valores (9). No Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, a pontuação permaneceu 8 em todas as sessões, exceto uma, e subiu para 9 em todo o Bloco Valores. Houve redução da pontuação para 7 no S1, e aumento para 8 e 9 no S2 e S3, respectivamente.

Na Seção Ação compromissada, houve maior variação da pontuação se comparada com a Seção Valores do mesmo Tema. A maior variação ocorreu na LB com pontuação oscilando entre 2 e 10. Ocorreu maior estabilidade nas fases subsequentes, principalmente nos dois Blocos da Fase Experiencial 1 e no Bloco Mindful da Fase Analítica, com permanência de 10 em todas as sessões com exceção de uma sessão em cada bloco (ambas com 9) da Fase Experiencial 1. Não houve diferença visível se comparados os blocos tanto na Seção Valores quanto na Ação compromissada.

Figura 48

Pontuação do participante Iuri no VLQ por fase e por bloco nos temas Família e

Casamento

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Com relação ao Tema Casamento, a Figura 48 mostra variação da pontuação entre 8 e 10 na linha de base. Na Fase Experiencial 1, a pontuação permanece máxima (10) no Bloco Mindful e nas duas primeiras sessões do Bloco Valores. Depois há queda de 7, 7 e 8 pontos nas sessões subsequentes. Na Fase Analítica, a pontuação oscilou entre 4 e 8 no Bloco Mindful e entre 3 e 8 no Bloco Valores. Na Fase Experiencial 2, a variação diminuiu permanecendo entre 6 e 8 nos dois blocos e diminuiu ainda mais no seguimento oscilando entre 8 e 9.

Na Seção Ação compromissada do Tema Casamento, a pontuação variou entre 5 e 9 na linha de base, entre 5 e 10 no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 e entre 6 e 8 no Bloco Valores. Na Fase Analítica, houve variação da pontuação em um intervalo entre 4 e 6 no Bloco Mindful e aumentou o intervalo para 2 e 9, bem próximo da variação que ocorreu no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2 (entre 3 e 9). No Bloco Valores, a primeira e a segunda sessão apresentaram pontuação 5 e 8, respectivamente. A partir da terceira sessão a pontuação

permaneceu 10 no restante do bloco e no seguimento. De modo geral, não houve diferença visível entre as pontuações dos blocos ao longo do procedimento.

A Figura 49 mostra que na Seção Valores do Tema Parentalidade, a pontuação variou entre 2 e 3 na linha de base, entre 2 e 6 no Bloco Mindful e entre 3 e 7 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1. Na Fase Analítica, ocorreu variação entre 2 e 5 no Bloco Mindful e entre 1 e 3 no Bloco Valores. Houve diminuição da pontuação para 1 em toda a Fase Experiencial 2 e no seguimento.

Na Seção Ação compromissada do Tema Parentalidade, a pontuação permaneceu 10 na linha de base, com exceção da última sessão (9). Houve uma queda acentuada da pontuação nas Fases Experiencial 1 e Analítica, com variações entre 1 e 6 distribuídas nos dois blocos da Fase Experiencial 1, entre 1 e 2 no Bloco Mindful da Fase Analítica e o intervalo aumentou para 1 e 10 no Bloco Valores. A pontuação voltou a ser máxima (10) em toda a Fase Experiencial 2 e no seguimento. Não houve diferença visível na pontuação se comparados os Blocos Mindful e Valores ao longo do procedimento. Com relação a este tema, a terapeuta-pesquisadora retomou a explicação do instrumento após a Fase Experiencial 1. Notou-se que Iuri estava pontuando o contrário do que deveria (de acordo com instruções do próprio instrumento). Nas fases seguintes, ele adapta suas respostas às instruções do instrumento. Por isto é possível observar uma inversão da pontuação a partir da Fase Analítica.

Figura 49

Pontuação do participante Iuri no VLQ por fase e por bloco nos temas Parentalidade e Amigos

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

A Figura 49 mostra também a distribuição da pontuação do VLQ no Tema Amigos. De forma geral, a pontuação permaneceu acima de 7 em quase em todo o procedimento na Seção Valores, com exceção de uma sessão (7): houve variação entre 9 e 10 na linha de base; permanência de 10 pontos em todo o Bloco Mindful e variação entre 7 e 10 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1; variação entre 8 e 10 nos dois blocos da Fase Analítica; variação entre 8 e 9 no Bloco Mindful e permanência em 9 em todo o Bloco Valores da Fase Experiencial 2; e, novamente, variação entre 8 e 9 no seguimento.

Na Seção Ação compromissada do Tema Amigos, a Figura 49 mostra que a pontuação foi alta desde o início do procedimento até o Bloco Mindful da Fase Analítica, diminuindo consideravelmente a partir do Bloco Valores da mesma fase. Houve permanência de 10 e 9 pontos na linha de base e no Bloco Mindful da Fase experiencial 1, respectivamente. No Bloco Valores da mesma fase, a pontuação iniciou em 10 nas três primeiras sessões e caiu para 6 e 8 nas duas últimas. Na Fase Analítica, houve variação da pontuação entre 6 e 10 (com predomínio de 10) no Bloco Mindful e variação entre 5 e 9 no Bloco Valores. Ocorreram variações entre 4 e 7 pontos no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, entre 2 e 4

no Bloco Valores da mesma fase e entre 5 e 8 no seguimento. Não foi observada diferença nas pontuações se comparados os Blocos Mindful e Valores em longo do procedimento.

Na Seção Valores do Tema Trabalho, a Figura 50 mostra permanência de 10 pontos na linha de base, em toda a Fase Experiencial 1 (com exceção de uma sessão) e no Bloco Mindful da Fase Analítica (com exceção de uma sessão). No Bloco Valores da Fase Analítica, ocorreu variação entre 9 e 10 pontos com predomínio de 10. Na Fase Experiencial 2, houve variação entre 8 e 10 pontos no Bloco Mindful e permanência de 8 no Bloco Valores, com exceção de uma sessão (9). No seguimento a pontuação foi 7, 8 e 7 no S1, S2 e S3 respectivamente.

A Figura 50 mostra maior variação da pontuação na Seção Ação compromissada se comparada com a Seção Valores do Tema Trabalho. Ocorreu pontuação máxima na linha de base em toda a Fase Experiencial 1, com exceção de duas sessões: uma na linha de base (9) e outra no Bloco Valores da Fase Experiencial 1 (9). Houve queda da pontuação na Fase Analítica com permanência de 5 em quase todo o Bloco Mindful (fora uma sessão) e oscilação entre 3 e 9 no Bloco Valores. No Bloco Mindful da Fase Experiencial 2, a pontuação voltou a ser máxima em todas as sessões com exceção da segunda (8) e voltou a variar no Bloco Valores, mas neste caso entre 4 e 7 pontos. No seguimento houve 8, 6 e 10 no S1, S2 e S3 respectivamente.

Figura 50

Pontuação do participante Iuri no VLQ por fase e por bloco nos temas Trabalho e Educação

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Conforme observado na Figura 50, na Seção Valores do Tema Educação a pontuação permaneceu 10 em todo o procedimento, sem exceção. Na Seção Ação compromissada, houve variação em todas as fases experimentais e também no seguimento: entre 1 e 7 pontos na linha de base; entre 4 e 8 no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 e entre 7 e 10 no Bloco Valores da mesma fase; entre 7 e 9 no Bloco Mindful e entre 1 e 10 no Bloco Valores da Fase Analítica; entre 2 e 7 no Bloco Mindful e entre 4 e 7 no Bloco Valores da Fase Experiencial 2. No seguimento as pontuações foram 9, 8 e 8 no S1, S2 e S3 respectivamente.

Na Seção Valores do Tema Lazer, é possível observar na Figura 51 alguma constância no intervalo de variação da pontuação, que permaneceu entre 7 e 9 ao longo de quase todo o procedimento experimental e seguimento. Apenas uma sessão no Bloco Valores da Fase Experiencial 1 ficou fora desse intervalo com pontuação 10. Ocorreu maior intervalo de variação na Seção Ação compromissada: entre 1 e 9 na linha de base; entre 3 e 9 no Bloco Mindful e entre 6 e 9 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1; entre 7 e 9 no Bloco Mindful e entre 6 e 9 no Bloco Valores da Fase Analítica; entre 1 e 9 no Bloco Mindful e entre 2 e 7 no Bloco Valores da Fase Experiencial 2; e entre 6 e 10 no seguimento.

Figura 51

Pontuação do participante Iuri no VLQ por fase e por bloco nos temas Lazer e Espiritualidade

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento. O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do gráfico.

Na Seção Valores do Tema Espiritualidade, a pontuação variou entre 7 e 9 na linha de base, entre 7 e 8 no Bloco Mindful e entre 8 e 10 no Bloco Valores da Fase Experiential 1. Na Fase Analítica, a pontuação permaneceu alta oscilando entre 9 e 10 no Bloco Mindful e diminuiu o intervalo variando entre 7 e 8 no Bloco Valores. Na Fase Experiential 2 e no seguimento, a pontuação permaneceu 7, com exceção da primeira sessão do Bloco Mindful.

Houve maior variação na pontuação na Seção Ação compromissada se comparada com a Seção Valores do Tema Espiritualidade: entre 1 e 6 na linha de base; entre 3 e 5 no Bloco Mindful da Fase Experiential 1 e entre 6 e 10 no Bloco Valores; entre 4 e 9 no Bloco Mindful da Fase Analítica e entre 1 e 8 no Bloco Valores; entre 3 e 10 no Bloco Mindful da Fase Experiential 2 e entre 1 e 5 no Bloco Valores. No seguimento, as pontuações foram 4, 4 e 3 no S1, S2 e S3 respectivamente. De maneira geral, não houve diferença entre os blocos, mas é possível observar que as maiores pontuações ficaram concentradas no final da Fase

Experiencial 1 e começo da Fase Analítica.

Como observado na Figura 52, houve pouca variação da pontuação na Seção Valores do Tema Civilidade: permaneceu 9 na linha de base e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 1 (com exceção de uma sessão); variou entre 8 e 10 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1; entre 7 e 10 no Bloco Mindful e entre 8 e 9 no Bloco Valores da Fase Analítica e no Bloco Mindful da Fase Experiencial 2; entre 7 e 9 no Bloco Valores da Fase Experiencial 2 e permaneceu 8 em todo o seguimento.

Na Seção Ação compromissada, houve maior variação da pontuação se comparada com a Seção Valores do Tema Civilidade: entre 9 e 10 na linha de base; entre 5 e 9 no Bloco Mindful e entre 8 e 10 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1; entre 6 e 8 no Bloco Mindful e entre 3 e 9 no Bloco Valores da Fase Analítica; entre 5 e 7 no Bloco Mindful e entre 3 e 7 no Bloco Valores da Fase Experiencial 2; e entre 6 e 8 no seguimento. Não houve diferença visível entre a pontuação dos blocos.

Figura 52

Pontuação do participante Iuri no VLQ por fase e por bloco nos temas Civilidade e Autocuidado

Nota. LB1, LB2, LB3, LB4, LB5 = linha de base; M1, M2, M3, M4 e M5 = sessões do Bloco Mindful; V1, V2, V3, V4 e V5 = sessões do Bloco Valores; S1, S2 e S3 = seguimento.

O formato da linha indica a fase experimental de acordo com a legenda ao lado direito do

gráfico.

A Figura 52 mostra também a distribuição da pontuação no Tema Autocuidado. Assim como ocorreu em outros Temas, houve menor variação da pontuação na Seção Valores se comparada com a Seção Ação compromissada. Na Seção Valores, houve predomínio de 10 em todo o procedimento experimental. A pontuação foi 9 em quatro sessões: uma na linha de base, duas na Fase Experiencial 1 (uma em cada bloco) e uma no Bloco Valores da Fase Analítica. No seguimento houve 9, 9 e 10 pontos em S1, S2 e S3 respectivamente.

Na Seção Ação compromissada, a pontuação variou entre: 1 e 8 na LB; 4 e 8 no Bloco Mindful e 6 e 10 no Bloco Valores da Fase Experiencial 1; 4 e 9 no Bloco Mindful e 1 e 6 no Bloco Valores da Fase Analítica; 5 e 8 no Bloco Mindful e 2 e 7 no Bloco Valores da Fase Experiencial 2; e 5 e 7 no seguimento. Não houve diferença visível entre os blocos.

AAQ-II. A Figura 53 mostra a distribuição da pontuação no AAQ-II em todas as avaliações do estudo e no seguimento. Se comparadas a ALB e a EXP2, houve diminuição de 22 pontos (de 33 para 11). Na DLB, a pontuação aumentou para 35, e para 37 na EXP1. Houve redução de apenas um ponto (36) na ANA e de 25 na EXP2. Na Figura 53, observa-se que ocorreu uma volta da pontuação ao nível próximo da linha de base o Seguimento 1 (32) e redução de 12 e 3 pontos no S2 e S3, respectivamente.

Figura 53

Pontuação do participante Iuri no AAQ-II

Nota. Pontuações do participante I. no AAQ-II nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base;

DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

CFQ-7. A Figura 54 mostra a distribuição da pontuação nas avaliações ao longo do procedimento e no seguimento. A pontuação passou de 48 para 49 na DLB. Na EXP1, houve redução de 6 pontos e de 4 na ANA. Nota-se uma queda mais acentuada da pontuação na EXP2 com redução de 20 pontos. Nos seguimentos, a pontuação voltou a subir para 33, 25 e 26 no S1, S2 e S3 respectivamente.

Figura 54

Pontuação do participante Iuri no CFQ-7

Nota. Pontuações do participante I. no CFQ-7 nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3.

PSWQ. A Figura 55 mostra a distribuição da pontuação do PSWQ nas avaliações e no seguimento. Nas ALB e DLB a pontuação permaneceu 70, mas decresceu para 61 na EXP1. Na ANA, a pontuação diminuiu para 57, saindo da faixa de significância clínica (a partir de 60), e reduziu para 51 na EXP 2. No seguimento, a pontuação permaneceu fora da faixa de significância clínica com 52, 53 e 50 pontos no S1, S2 e S3 respectivamente.

Figura 55

Pontuação do participante Iuri no PSWQ

Nota. Pontuações do participante I. no PSWQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3 = Seguimento 3. A altura da linha representa a pontuação limite de significância clínica.

FFMQ. A Figura 56 mostra a distribuição da pontuação do FFMQ nas avaliações ao longo do procedimento experimental e no seguimento. É possível notar um aumento gradual da pontuação, com uma única queda ao longo do procedimento. A pontuação passou de 69 para 89 na DLB, subindo para 100 na EXP1.

Figura 56

Pontuação da participante Iuri no FFMQ

Nota. Pontuações do participante I. no FFMQ nas avaliações que ocorreram antes e depois do procedimento experimental, entre fases e no seguimento. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; EXP1 = depois da Fase Experiencial 1; ANA = depois da Fase Analítica; EXP2 = depois da Fase Experiencial 2; S1 = Seguimento 1; S2 = Seguimento 2; S3

= Seguimento 3.

Na ANA, houve uma diminuição de 34 pontos, mas um novo aumento de 49 pontos após na EXP2 atingindo a maior pontuação (115) do procedimento experimental. No seguimento, a pontuação permaneceu quando comparada com a linha de base: 104, 132 e 129 no S1, S2 e S3 respectivamente. A maior pontuação do estudo ocorreu no S2 (132). A Figura 57 mostra as pontuações de todos os participantes nas avaliações em todos os instrumentos, com exceção do VLQ.

Figura 57

Pontuações de todos os participantes nos instrumentos OQ-45, GAD-7, AAQ-II, PSWQ, CFQ-7 e FFMQ

Nota. Pontuações de todos os participantes nas avaliações e no seguimento em todos os instrumentos, com exceção do VLQ. As pontuações de cada participante estão diferenciadas no gráfico pela cor (preta/cinza) e tipo de linha (sólida/tracejada), conforme mostra a legenda. ALB = antes da linha de base; DLB = depois da linha de base; DF1 = depois da fase 1; DF2 = depois da fase 2; DF3 = depois da fase 3; SEG1 = Seguimento 1; SEG2 = Seguimento 2; SEG3 = Seguimento 3.

De modo geral, é possível observar na Figura 57 a ocorrência de uma tendência gradual de melhora com relação a todos os participantes. No OQ-45, AAQ-II, CFQ-7, GAD-7 e PSWQ a melhora é representada pela diminuição da pontuação (linha descendente). No

FFMQ a melhora é representada pelo aumento na pontuação (linha ascendente). Embora as tendências das linhas apresentem algumas quebras mais acentuadas, não houve reversão em nenhum dos resultados.

Discussão

De acordo com os resultados expostos, não é possível afirmar que houve controle experimental das VI's sobre as VD's. Esta constatação advém da não ocorrência da reversão dos dados após a retirada das VI's na quarta fase experimental (o tipo da VI – experiencial ou analítica - depende da ordem de apresentação dos procedimentos) com relação aos quatro participantes da pesquisa. De modo geral, ocorreram tendências gradualmente ascendentes de melhora clínica nas medidas de resultado demonstrando que as mudanças foram acontecendo gradativamente ao longo da terapia, e não com a troca de fase.

Analisando individualmente, no caso do participante Iuri, houve uma melhora mais acentuada nos instrumentos OQ-45, GAD-7, AAQ-II, CFQ-7 e FFMQ após a introdução do tratamento experiencial pela segunda vez. Este dado pode sugerir influência do tratamento experiencial nos repertórios verificados por estes instrumentos. Mas este resultado não foi observado após a primeira introdução desta variável. Tendo em vista que a melhora ocorreu apenas na segunda introdução do tratamento experiencial, torna-se difícil afirmar que o tratamento experiencial foi, de fato, responsável pela melhora. Além disso, após a fase em que ocorreu a melhora, a psicoterapia como um todo foi finalizada não sendo possível mais observar os efeitos de uma nova introdução e posterior retirada desta VI. Acredita-se que este dado poderia oferecer maior clareza sobre o efeito do tratamento experiencial nas medidas de resultado do participante Iuri. Com a finalização da terapia, as melhoras observadas após a última fase não se mantiveram nas pontuações do primeiro seguimento. Talvez a finalização da psicoterapia (obedecendo o planejamento da pesquisa) tenha ocorrido de forma prematura no que diz respeito a estabilidade da melhora clínica. Em contexto de psicoterapia não

associada à pesquisa seria recomendável, portanto, a continuidade da terapia para possibilitar a continuidade da melhora clínica.

Com relação a participante Luana, observou-se melhora mais acentuada após o tratamento analítico em todos os instrumentos, com exceção do VLQ, o que sugere influência maior do tratamento analítico na melhora da participante se comparado com o tratamento experiencial. Após a fase experiencial subsequente, houve uma piora nas pontuações em todos os instrumentos, mas não o suficiente para demonstrar reversão. Nos seguimentos, uma melhora gradativa voltou a ocorrer. Assim, embora pareça haver uma influência maior do tratamento analítico na melhora clínica, de modo global, assim como ocorreu com Iuri, a melhora clínica também foi gradativa, inclusive nos três meses após a finalização da terapia ao longo do seguimento.

Se for verificado não apenas o dado colhido na avaliação após a fase analítica, mas também os dados de Luana ao longo da fase, as melhores pontuações no OQ-45 e GAD-7, únicos instrumentos aplicados nesse momento, em se tratando de melhora clínica, ocorreram na segunda metade da fase. Neste período foram iniciadas as férias acadêmicas, mais especificamente a partir da sexta sessão da fase analítica (composta ao todo por 10 sessões) o que pode ter interferido nas pontuações de Luana. Como discutido na avaliação funcional do caso clínico, parte do sofrimento de Luana estava relacionado a demandas acadêmicas com a presença de repertórios de procrastinação, pensamentos relacionados à autocobrança, pouca ação em direção ao cumprimento das atividades, sensações relacionadas a ansiedade e culpa intensa. Uma vez que esta contingência foi colocada em suspensão, os repertórios problema de Luana podem ter ficado enfraquecidos e os instrumentos captaram uma melhora clínica não necessariamente fruto da intervenção terapêutica, mas por ausência da contingência problema. Variáveis externas ao procedimento como esta, não são incomuns em pesquisas clínicas aplicadas e devem ser consideradas na análise dos resultados para além das

intervenções terapêuticas.

Além de ter sido observada mudança gradual para todos os participantes, algumas dessas mudanças começaram a ocorrer logo na linha de base, antes de qualquer intervenção planejada. No caso do participante Rafael, por exemplo, as pontuações dos instrumentos OQ-45, GAD-7, AAQ-II e CFQ-7 diminuíram visivelmente representando melhora clínica nas primeiras cinco sessões de linha de base. Como já mencionado, esta fase foi planejada para construção de vínculo terapêutico e coleta de informações para realização de uma avaliação funcional do caso. Chama atenção, em especial, as mudanças ocorridas no OQ-45 e no GAD-7. No caso do GAD-7, a pontuação saiu da faixa de significância clínica desde a primeira sessão de linha de base, antes disso a terapeuta-pesquisadora e Rafael haviam se encontrado apenas duas vezes para realização da triagem e apresentação do TCLE. Isso quer dizer que, de acordo com o GAD-7, o diagnóstico de TAG foi revertido antes de qualquer intervenção terapêutica. No caso do OQ-45 a pontuação saiu da faixa de significância clínica após as cinco sessões de linha de base e assim permaneceu até o fim do procedimento. O que poderia explicar essas mudanças clínicas antes das intervenções?

Como apresentado na avaliação funcional, Rafael começou a terapia em privação longa de contato social. Não estava em um relacionamento amoroso, nem tinha contato frequente com amigos e apenas encontrava esporadicamente uma das irmãs. As relações de amizade não contavam com muita intimidade e vulnerabilidade da sua parte; não dividia com os amigos suas angústias, memórias, acontecimentos de vida passado ou presente e sentimentos em geral. Talvez a mera perspectiva de ter encontros semanais onde poderia falar sobre si tenha tido efeito no bem-estar de Rafael alterando acentuadamente pontuações dos instrumentos de medida. Esta hipótese pode ser ilustrada no relato abaixo que ocorreu na EMT:

Eu nunca tinha pensado tanto em terapia. Não achei que fosse funcionar *pra* mim. Pra minha surpresa funcionou até bem demais. Porque é diferente você conseguir conversar, falar das coisas que você *tá* sentindo, coisas que você tava segurando ali dentro. E eram poucas pessoas com quem eu conseguia falar sobre elas, os problemas principalmente. Acho que me atendeu bem, o seu tratamento, as consultas que eu tive com você, você me deu abertura muito boa *pra* entender, escutar, me dar opiniões, me dar ideias pra eu pensar e tentar outras alternativas de saída desses problemas. Eu acho que ajudou bastante, sabe. Basicamente é isso. Me ajudou muito a pensar sobre os problemas. Não ficar só *bitolado* no passado e tentar outras alternativas pra seguir em frente. Nesse ponto acho que foi muito bom. Me deu abertura *pra* continuar. Tô bem mais animado, otimista, apesar do problema que aconteceu agora que não *tava* no programa³, né, mas mesmo assim me fez muito bem agora... Tanto que eu ficava animado, toda quinta para ir para... né? - Poxa, eu ficava animado em falar as coisas, né? Porque eu sabia que tinha alguma resposta ali, alguém para te entender, para te ouvir. Nesse ponto foi bom. Foi muito bom!

Kohnlenberg e Tsai (1991) propuseram a FAP como um modelo de terapia cuja maior engrenagem de compreensão e mudança clínica é a relação terapêutica. É na relação entre cliente e terapeuta que os comportamentos alvo ocorrem e é nela que os princípios comportamentais podem ser aplicados e seus efeitos diretamente observados. Follette et al. (1996) produziram um estudo onde argumentam que a relação terapêutica é, de fato, um importante e útil mecanismo de mudança clínica. O mecanismo de mudança central seria o manejo do reforçamento contingente a comportamentos julgados efetivos (o que será efetivo para cada cliente depende da avaliação funcional feita previamente às intervenções). Para isto, o terapeuta precisa adquirir funções reforçadoras na relação com o cliente, o reforçamento

³ Início da pandemia.

precisa ser preferencialmente natural (diferente de arbitrário) e com densidade suficientemente alta e adequada à demanda do cliente.

Follette et al. (1996) analisam como o terapeuta se torna reforçador e quais as estratégias para generalização do repertório aprendido a partir da relação terapêutica. Como mencionado anteriormente, uma série de estudos foram e são produzidos com o intuito de entender de forma cada vez mais minuciosa e aprofundada aspectos importantes (e.g. evocação) que compõem o manejo da relação terapêutica para tornar a relação ainda mais potente e produzir resultados cada vez mais efetivos na mudança clínica para populações com demandas diversas (e.g. Lovo, 2019; Vartanian, 2017).

Alguns aspectos identificados na relação da terapeuta-pesquisadora com Rafael apontam para a existência de um vínculo reforçador importante. Durante todo o procedimento, ele se mostrava interessado na terapia, demonstrava compromisso não se ausentando nas sessões e sendo colaborativo no preenchimento dos instrumentos, sugestões e acordos feitos com a terapeuta. Não havia muita verbalização de Rafael sobre o que ele pensava ou sentia com relação ao vínculo, mas a ausência deste repertório verbal fazia parte dos déficits comportamentais levantados na avaliação funcional. Por outro lado, tais verbalizações ocorreram na EMT, talvez como efeito da própria terapia. Dessa forma, é possível supor que havia aspectos reforçadores no vínculo mesmo que não fossem diretamente verbalizados ao longo da pesquisa.

Ao longo do procedimento experimental, Rafael também relatava engajamento em atividades valorosas para sua vida (embora não seja possível verificar este dado no VLQ): passou a cozinhar com frequência, presentear pessoas com comidas e se aproximou bastante dos amigos. Muito possivelmente, a construção de relações mais íntimas em seu ambiente de vida, para além da relação terapêutica, tenha relação com a recorrência dos dados de melhora nas sessões de seguimento.

A análise sobre a participação da relação terapêutica influenciando a melhora clínica está vinculada ao movimento relacionado aos fatores comuns surgido ao longo do desenvolvimento das forças tarefa da APA. De acordo com este movimento, alguns fatores comuns a processos psicoterapêuticos diferentes seriam mais importantes para a melhora clínica se comparado a procedimentos experimentais ou outros fatores específicos. Entre tais fatores comuns, encontra-se a relação terapêutica, além de características individuais do cliente e do terapeuta (Dubeis et al., 2005). Esta tese está em acordo com os dados encontrados na linha de base e possivelmente está de acordo com os resultados gerais encontrados nesta pesquisa. No entanto, não foi verificada relação causal fidedigna entre os procedimentos específicos manipulados e os dados de melhora clínica. É possível levantar questionamentos, portanto, se os fatores comuns presentes nos processos psicoterápicos dos quatro participantes poderiam explicar melhor o caráter gradativo das melhoras clínicas.

Para além da análise dos efeitos gradativos da melhora clínica durante a terapia, os resultados deste estudo permitem refletir também sobre a continuidade da melhora após o encerramento do procedimento. Foi observado nas avaliações de seguimento de todos os participantes que os dados não voltaram ao nível de linha de base. Alguns deles permaneceram consideravelmente semelhantes, enquanto outros continuaram apresentando melhora gradativa tendo como referência os três momentos do seguimento.

De maneira geral, esta pesquisa mostrou que houve mudança nas medidas de resultados antes, durante e após as intervenções terapêuticas. Vale notar que algumas mudanças ao longo da terapia se diferenciam um pouco pois a melhora ocorre de forma mais acentuada. A partir desta constatação é possível levantar duas hipóteses: a terapia não teve influência sobre as mudanças clínicas; ou as mudanças clínicas aconteceram por causa da terapia, começaram logo na linha de base (como produto, talvez, do aspecto reforçador da relação terapêutica ou de outros fatores comuns) e continuaram a longo prazo como produto

da efetividade terapêutica.

Uma maneira de testar a primeira hipótese, seria escolher quatro novos participantes no início do estudo para compor um grupo controle sem implementação de intervenção experimental. A terapeuta-pesquisadora não faria intervenções com eles, mas aplicaria os instrumentos nos mesmos momentos em que ocorreu no procedimento. Os dados coletados com os participantes do grupo controle seriam comparados com os dados dos participantes que passaram pela terapia. Não havendo diferença entre esses dois grupos de participantes, a tese de que a terapia foi responsável pelas melhoras clínicas ficaria fragilizada, tal como constatou Eysenck (1952) em sua emblemática pesquisa. Se houvesse diferença, por outro lado, fortaleceria o argumento a favor da influência da terapia nas melhoras clínicas.

Considerando a segunda hipótese, pode-se supor que o vínculo terapêutico tenha começado a se desenvolver ainda na triagem e intensificou-se ao longo das cinco sessões de linha de base, como já mencionado. Além disso, como as melhoras foram mais acentuadas durante as intervenções, é possível que a terapia tenha tido algum efeito produtor de melhora clínica, embora não seja possível afirmar em todos os casos que uma fase teve efeito significativamente maior que outras. Tais mudanças podem ter sido importantes o suficiente para perdurarem por pelo menos três meses após a finalização da terapia, como mostram os dados do seguimento.

Uma terceira hipótese associada à segunda, diz respeito aos tipos de aprendizagem e à construção de repertórios em sessão e medido pelos instrumentos. A ideia de que a aprendizagem de determinados repertórios pode ser gradual e cumulativa, estaria em acordo com a tese de que talvez o processo terapêutico como um todo, e não procedimentos específicos, tenham sido preponderantes para a melhora clínica. Uma vez que a aprendizagem resultante das intervenções foi sendo construída, ela passou a ser cada vez mais fortalecida e/ou refinada ao longo das fases experimentais, com procedimentos experienciais e/ou

analíticos. Dessa forma, tem-se um efeito cumulativo da terapia como um todo que permaneceu mesmo quando ela foi interrompida. Villas-Bôas et al. (2015), argumentaram que pode ter ocorrido no seu procedimento uma aprendizagem ao longo da terapia que permaneceu até o momento do seguimento. Os autores questionam ainda se o procedimento de reversão é, de fato, o mais indicado quando o objetivo da pesquisa envolve observar medidas externas de melhora ou se o repertório alvo é aprendido de forma tão lenta que talvez outro delineamento seja mais indicado para tornar mais evidentes os resultados. Leonardi (2016) também cogita limitações em delineamentos de reversão em casos em que os efeitos da variável independente sobre a variável dependente não são passíveis de reversão. Ele aponta que algumas aprendizagens podem ser permanentes e, por isso, não seria possível remover a aprendizagem do repertório de modo a observar reversão para dados similares à linha de base a partir da troca de fase.

Com relação às escolhas metodológicas e a articulação delas com o resultado geral desta pesquisa, vale tecer algumas considerações. Uma das fraquezas do método foi a ausência de uma análise estatística dos dados uma vez que a compreensão dos resultados desta pesquisa foi baseada apenas na análise visual. Embora haja controvérsias com relação a sua necessidade (Sidman, 1960), algumas pesquisas publicadas mais recentemente fizeram um tratamento estatístico dos seus dados, além da análise visual, e isto parece ter contribuído para a compreensão dos resultados (e.g Ruiz et al., 2019; Ruiz et al., 2020). Além disso a análise estatística é considerada uma ferramenta de enriquecimento da análise dos dados por parte de alguns autores (Hofmann & Hayes, 2019).

A escolha do delineamento de pesquisa é outro aspecto metodológico desta pesquisa a ser avaliado. De acordo com Kazdin (1982) um delineamento de reversão tem como requisitos básicos a avaliação e medição de forma contínua da performance dos participantes ao longo do tempo além da obtenção de taxas estáveis da performance. Taxas estáveis são

caracterizadas por linhas horizontais nos gráficos, sem tendência (aumento ou diminuição consistente ao longo do tempo) e com pouca variabilidade nos dados de performance. Este critério não foi utilizado nesta pesquisa por algumas razões. Uma delas diz respeito ao tempo viável para a coleta de dados disposto por prazos institucionais. Considerando o tempo disponível para a coleta de dados, foi decidido fixar a quantidade de sessões em cada fase experimental para garantir a realização de todas as fases experimentais a despeito do alcance de taxas estáveis em cada fase. Muito possivelmente aguardar a estabilidade dos dados em cada fase demandasse mais tempo do que o disponível naquele momento. É esperado que em pesquisas aplicadas outros fatores do ambiente natural, tanto do participante quanto do terapeuta-pesquisador, influenciem nas tomadas de decisão clínica e/ou no planejamento experimental. Embora faça parte da própria definição de pesquisa aplicada, foi uma limitação importante deste estudo considerando características definidoras do delineamento de reversão conforme exposto acima.

A ausência da estabilidade dos dados como critério para mudança de fase impediu que a linha de base cumprisse função preditiva com relação aos dados de performance nas fases seguintes. De acordo com Kazdin (1982), se a linha de base apresentar uma tendência que se segue nas fases subsequentes, torna-se difícil avaliar os efeitos das intervenções. Como mostram os resultados, quase todos os dados da linha de base dos instrumentos de medida apresentaram tendência de melhora para todos os participantes, com exceção de Catarina no GAD-7 e no CFQ-7, Luana no AAQ-II, Iuri no PSWQ e Rafael no FFMQ. A observação destas tendências e a ausência da estabilidade como critério para mudança de fase dificultou a verificação dos efeitos das intervenções em cada fase experimental comparativamente à linha de base e entre fases.

Outro aspecto limitador deste estudo diz respeito à escolha do número de fases. O delineamento contou com quatro fases experimentais, incluindo a linha de base e três fases

com manipulação das VIs. Foi realizada, portanto, apenas uma reversão da VI. Para Kazdin (1982), um delineamento de reversão deveria apresentar no mínimo cinco fases com duas reversões das VIs para possibilitar maior segurança na relação de controle entre VI e VD. Como mencionado anteriormente, havia o planejamento de execução de mais uma fase experimental (A-B1-C1-B2-C2). Mas o aparecimento da pandemia forçou a interrupção prematura da coleta de dados enfraquecendo o delineamento experimental no que diz respeito a busca pela relação de controle entre VIs e VDs. Por outro lado, os dados encontrados no procedimento realizado não sugerem que uma outra fase promoveria diferença significativa na apresentação dos resultados (embora fosse necessário, de fato, verificar na prática para afirmar com segurança). Analisando o aumento gradativo nas medidas de melhora nas fases realizadas, é possível que os efeitos continuassem a ocorrer gradativamente por mais uma fase, o que levanta a questão sobre a adequabilidade do delineamento escolhido para investigar o problema de pesquisa deste estudo. Tendo em vista esta questão e a presença de efeitos de melhora já na linha de base, talvez um delineamento de linha de base múltiplas pudesse levar a uma melhor compreensão sobre a origem desses efeitos. O delineamento de linha de base múltiplas promoveria o acompanhamento de tamanhos variados de linha de base, permitindo observar se essa diferença resultaria em efeitos diferentes.

Ainda sobre a não reversão dos dados, questiona-se se o número de sessões em cada fase experimental tenha influenciado este resultado. De acordo com Meyer e Oshiro (2019), várias sessões são necessárias para verificar tendência de mudança nos dados em pesquisas aplicadas com delineamento de caso único. As autoras afirmam que três sessões por fase são insuficientes e ainda não há conclusão sobre o uso de cinco sessões conforme sugerido por Kratochwill et al. (2012). Neste estudo foram alocadas cinco sessões na linha de base e dez nas fases com manipulação dos tratamentos (VIs) estando, portanto, de acordo com o sugerido por Meyer e Oshiro (2019). A escolha desses números de sessões permitiu observar

tendência nos dados como afirmam as autoras. Mas, considerando os objetivos desta pesquisa, um maior número de sessões por fase (10) não foi suficiente para produzir resultados positivos com relação à reversão. Talvez se houvesse maior número de sessões por fase, a estabilidade dos dados poderia ser utilizada como critério para a mudança de fase e, então, talvez os dados se comportassem de outra forma. Mas, novamente, a constatação da mudança gradativa da melhora ao longo das sessões realizadas sugere que o caráter gradual continuasse a ocorrer mesmo com maior número de sessões (ou de fases, como já mencionado).

Outra limitação deste estudo se refere à escolha dos instrumentos para coleta dos dados das VDs. A medição de todos os instrumentos baseia-se no autorrelato. Isso quer dizer que os dados foram coletados a partir dos relatos verbais dos participantes que descreveriam, em tese, os repertórios foco de cada instrumento. Idealmente é esperado que isto ocorra. O repertório verbal, porém, assim como qualquer outro, pode ficar sob controle de uma série de outras variáveis. A participante Catarina, por exemplo, demonstrava insatisfação no preenchimento dos instrumentos, em especial do OQ-45 e do VLQ por, segundo ela, o OQ-45 ser muito grande e repetir perguntas e por discordar das categorias dispostas no VLQ.

Os instrumentos...eu não gostei deles. Mas eu também não sei se eu não gostei porque que existia tanta redundância e tantas coisas repetitivas (OQ-45). E também aquele instrumento da minha perspectiva e do que eu faço a respeito...da coerência lá...e também achei que ele não fazia sentido, que ele deveria ser personalizado de alguma forma (VLQ). E depois gostei da ideia dele de tentar criar uma métrica do quanto você está sendo coerente com os seus valores. É...isso eu achei legal assim...a questão é que lá eles colocaram valores genéricos e isso com certeza não se enquadra comigo.

A partir da demanda de Catarina, a terapeuta-pesquisadora sugeriu fazer alterações no VLQ com o procedimento experimental já em curso, inserindo contextos de vida mais específicos, para que estivessem em maior acordo com os valores pessoais dela. Assim, foram

inseridos Amor, Relação Sexual, Coleguismo, Trabalho Remunerado e Trabalho Não Remunerado. O contexto Trabalho, como consta no instrumento, foi mantido para não alterar muito o instrumento, mas para fins de análise, o desmembramento dele em Remunerado e Não Remunerado possuem maior peso pois traduzem mais fielmente os valores de Catarina. Com relação ao OQ-45, Catarina demonstrava impaciência em ter que respondê-lo antes da sessão. Ela parecia querer começar a sessão assim que chegava na sala de atendimento. Além disso, ela relatava frequentemente dificuldade em lembrar as informações que eram solicitadas tanto no OQ-45 quanto no VLQ. Talvez a impaciência e a dificuldade em lembrar tenham influenciado no preenchimento dos instrumentos de modo a reduzir a fidedignidade das informações coletadas.

Outros participantes não relataram descontentamento no preenchimento dos instrumentos. Ainda assim, é possível que outras variáveis tenham participado das respostas. Como descrito na seção Método, houve encontros entre as fases experimentais em que no lugar de acontecer a sessão, os participantes eram solicitados apenas a preencher os instrumentos (instrumentos de medida primária e secundária). Os participantes não eram informados previamente que não ocorreria a sessão na semana seguinte. Eles ficavam sabendo no momento em que encontravam com a terapeuta-pesquisadora. Esta decisão foi tomada para evitar faltas, atrasos e garantir mais espontaneidade no preenchimento dos instrumentos. Por outro lado, não foi incomum alguns participantes manifestarem frustração ao ser informados que não haveria a sessão. Não é possível saber se, e até que ponto, estar na presença de sensações desagradáveis pode ter, de alguma maneira, influenciado a escolha das respostas aos instrumentos.

Uma questão interessante sobre instrumentos de medida diz respeito à possível influência do autoconhecimento construído ao longo da terapia nas respostas ou, o inverso, a influência dos instrumentos na produção de autoconhecimento, sendo que ambos podem ter

ocorrido de forma simultânea. No caso de Iuri, houve momentos em algumas sessões em que ele se deu conta de como alguns comportamentos seus acabavam mantendo-o em situações das quais ele mesmo desgostava. Assumir esta responsabilidade parecia produzir sensações desagradáveis em Iuri. Neste período, é possível que a construção de consciência sobre o próprio sofrimento, bem como da sua responsabilidade na manutenção do mesmo, pode ter feito com que suas respostas fossem mais negativas sem necessariamente refletir qualidade de vida, no caso do OQ-45, mas um maior contato com os próprios sentimentos e avaliações sobre si. No sentido inverso, Iuri afirmou na EMT que o preenchimento dos instrumentos ajudou em sua autoavaliação de uma semana para outra, colaborando, portanto, com o autoconhecimento:

...aprendi bastante com eles (os instrumentos) porque, *tipo*, eu conseguia me avaliar através deles também, né? Então eu sempre percebia que de uma semana *pra* outra mudava e que com o tempo foram mudando as coisas; e até também veio a relação que... no começo eu estava em um ponto, assim, no começo da terapia, eu estava em um ponto que eu estava assim, completamente... 'disfuncional', talvez seria a palavra. Eu não estava conseguindo fazer nada, assim, nada da minha vida! Eu não conseguia ler um texto! No começo, até eu li o... Eu lembro que você deu tipo o termo de... esqueci. Consentimento, isso. Eu li aquilo, eu li tudo assim, tentando manter minha atenção, mas eu não li sabe? Eu só passei pelo texto, mas sem conseguir de fato entender o que estava escrito. Foi só... Até isso é uma coisa que melhorou bastante, mas ainda tem um ponto que eu preciso melhorar, sabe? Porque eu li e foi a mesma coisa de me sentir analfabeto, assim - talvez eu fosse mesmo! (risos) Mas aí com o tempo, na terapia, isso acontecia nos instrumentos, isso acontecia em tudo, eu não compreendia, eu não conseguia. Então toda semana que eu tinha, era uma coisa que me obrigava a ler e a fazer, né? Toda semana. Então foi uma coisa que eu fui

acompanhando toda a evolução de também conseguir compreender melhor, entender melhor porque que eu estava fazendo; de acompanhar as respostas que eu dava; de ser forçado a olhar para o que eu estava sentindo e de fato anotar, né? Então foi uma coisa, foi um exercício que eu acho que contribuiu também, foi um complemento à terapia, sabe? Me forçou a olhar *pras* coisas.

A relação que Iuri construiu com o instrumento não necessariamente invalida a sua fidedignidade em descrever repertórios, mas é uma variável partícipe que pode, de alguma maneira, enviesar as respostas sob controle de expectativas ou frustrações. Além disso, de acordo com a avaliação funcional do caso, alguns repertórios de Iuri ficavam excessivamente sob controle da expectativa do outro. Talvez mostrar à terapeuta-pesquisadora que estava melhorando com a terapia também pode ter participado nas escolhas de respostas.

Como já mencionado, foi escolhido apresentar os instrumentos de medida primária (OQ-45, VLQ e GAD-7) para preenchimento no início de cada sessão. Essa decisão, embora possa ter influenciado negativamente a disponibilidade no preenchimento como visto com Catarina, ocorreu por uma razão específica: caso o instrumento fosse apresentado após a ocorrência da sessão, possivelmente os participantes responderiam muito mais sob influência do que ocorreu em sessão, do que sobre influência da sua avaliação com relação ao repertório medido. Neste caso, as respostas traduziriam mais características da sessão do que do repertório do participante. Em uma sessão também com o participante Iuri, foi discutido o repertório de ficar sob controle dos próprios pensamentos durante uma conversa com algum amigo. Iuri descreveu em uma sessão que um dos efeitos disso era não prestar atenção ao que a pessoa estava falando. Afirmou que já recebeu esse feedback, mas não entendia que era causado pelo fato de ele, realmente, não estar ouvindo. Esta descrição, feita pela primeira vez em terapia, parece ter produzido sentimentos desagradáveis em Iuri relacionados a estar falhando e frustrando o outro. Como parte do repertório de ansiedade de Iuri estava

relacionado a estar engajado em muitas atividades para, entre outras coisas, agradar as pessoas ao seu redor, esta constatação gerou sensações de ansiedade em Iuri o que, por sua vez, poderia influenciar as respostas no GAD-7. Neste caso, no lugar de descrever a ansiedade sentida nas últimas duas semanas como orienta o instrumento, Iuri poderia estar descrevendo a ansiedade que ele estava sentindo no momento do preenchimento do instrumento, produzida na própria sessão.

Analisando especificamente o VLQ, a utilização do instrumento neste estudo parece não ter colaborado muito com dados passíveis de análise. Os gráficos que mostram a evolução dos resultados ao longo do procedimento não apresentam padrão definido, se considerarmos tanto a análise comparativa entre fases quanto a progressão da terapia como um todo, e até mesmo ao se comparar efeitos de blocos mindful e valores. Ruiz et al. (2020) também encontraram resultados mais modestos utilizando o VQ se comparados com os outros instrumentos aplicados (PSWQ, CFQ-7, GAD-7 e AAQ-II). Embora o VLQ e o VQ sejam instrumentos diferentes ambos se propõem a medir processos relacionados a valores. Talvez pesquisas futuras possam esclarecer melhor se há mesmo alguma aproximação entre esses dois instrumentos no que diz respeito ao repertório medido e se isto estaria relacionado ao comprometimento de sua utilidade na pesquisa. Ademais, os dados colhidos com o VLQ neste estudo não mostram correspondência com a evolução das melhoras clínicas apresentadas pelos outros instrumentos. Também não houve correspondência do VLQ com verbalizações de evolução relacionada a valores e ação com compromisso no caso de dois participantes.

Segundo Iuri:

Então eu comecei a questionar: “ah, eu gosto disso, por que?”; e “por que eu quero isso?” - Então, a questão da forma de me vestir: eu percebi que eu gostava de... eu comecei a perceber as coisas que eu gostava de fato, então eu: “eu gosto de cores assim, tons pasteis, né?” – “e por que *que* eu gosto disso?” – “ah, porque eu acho que

isso me remete a uma sensação de conforto, de calma”, assim. E aí eu comecei a perceber: “ah, eu gosto dessa sensação porque é confortável, eu gosto de cuidado”. Então eu comecei a perceber o que eu buscava nos relacionamentos, o que me fazia bem; essa questão de me vestir, então, eu chegava na loja *pra* comprar, eu pensava: “ah, que legal! Achei bonita essa roupa, mas eu achei bonita não *pra* mim, mas eu achei bonita *pras* outras pessoas!” – Porque, *pra* mim, o que me faz gostar de alguma coisa é a sensação de conforto, tem cores específicas, então eu acho que eu defini, de fato - estou começando ainda! - quer dizer, eu acho que isso é um processo contínuo agora de, *tipo*, de você definir a sua identidade. Eu acho que você sempre tem que se reatualizar nos seus gostos, assim, porque eu acho que isso vai mudar durante a vida. Mas, assim, pelo menos nesse momento eu consigo me perceber e entender o que é meu, sabe? E não o que é dos outros, o que eu estou tentando me encaixar, sabe? - Parei, acho, de buscar um pouco dessa validação social- embora ainda eu sinta que isso é muito forte *pra* mim, muito presente. – Hoje entendo os motivos disso ser forte ainda *pra* mim, mas eu consigo mais impor a minha personalidade às coisas, sabe? Então eu sinto que isso mudou.

Para Luana:

Teve o *lance* da aromaterapia que foi muito louco, foi bem nessa época... Eu acho que falar muito sobre as coisas que eu gosto me fizeram muito bem porque eu acho que eu estava me sentindo muito afastada e falar sobre me lembrava de como eu gostava e me dava mais vontade de voltar a, sei lá, escrever, de jogar mais RPG, enfim... É... Lembrar disso constantemente me dava mais vontade de fazer parte, e aí eu acho que dava mais, sei lá, mais impulso nisso de querer voltar, querer fazer. E agora que eu estou melhor eu vejo como era importante realmente, de como era importante eu estar em contato com escrita, enfim... Eu acho que é isso!

Comparando os resultados encontrados em todos os instrumentos por meio da inspeção visual dos dados (com exceção do VLQ), o PSWQ foi o instrumento cujos resultados apresentaram mudanças mais discretas, se comparadas as medidas dos outros instrumentos (embora as pontuações de Iuri e Catarina tenham saído da faixa de significância clínica nas quatro últimas avaliações, na terceira e nas duas últimas avaliações respectivamente). Ruiz et al. (2016), Ruiz et al. (2019), Ruiz et al. (2020), realizaram estudos com linhas de base múltiplas (delineamento de caso único) com participantes com TAG com o objetivo de verificar o efeito de um tipo de intervenção focada em pensamentos negativos repetitivos (RNT). RNT são pensamentos do tipo preocupação e ruminação. Há diferenças significativas em cada um dos procedimentos, como frequência da intervenção, quantidade de sessões, número de participantes etc., mas todos eles focaram nos RNT como alvo da intervenção. De maneira geral, os três estudos afirmam ter encontrado alguns resultados positivos nas medidas de resultado, inclusive no PSWQ. O presente estudo e as três pesquisas também são diferentes em uma série de características, principalmente porque as três apresentam análise estatística enquanto esta realizou apenas inspeção visual. Guardadas todas as diferenças, o que explicaria a diferença de impacto desta pesquisa e das outras três nos resultados do PSWQ?

Uma série de estudos e modelos de conceituação do TAG (e.g Ruiz et al., 2020) afirmam que preocupação (RNT) é sua característica mais definidora. As intervenções dos três estudos citados acima focaram especialmente nas preocupações e ruminações (RNT), enquanto esta pesquisa, embora tenha incluído as preocupações nas intervenções, não se engajou em tratar especificamente delas. Como dito, o procedimento perpassou os dois blocos do hexaflex (bloco mindful e bloco valores) tratando dos elementos constituintes da ansiedade de cada um dos participantes, mas teve um espectro mais amplo de ação. Talvez esta abrangência, em contraste com o foco especial nas preocupações, possa explicar diferenças

nos resultados do PSWQ, entre este estudo e os estudos de Ruiz et al. (2016), Ruiz et al. (2019) e Ruiz et al (2020), já que o PSWQ mede preocupações especificamente. É interessante que outras pesquisas incluam um tratamento mais intenso e específico das preocupações dentro de procedimentos abrangentes que envolvam todos os aspectos de terapia propostos pela ACT para verificar se ocorrem mudanças mais acentuadas no PSWQ.

Ainda com relação ao tipo de instrumento utilizado e ao momento de apresentação, de acordo com a própria característica de um delineamento de sonda, é possível afirmar que os dados colhidos nesta pesquisa podem ser interpretados como medidas de generalização. Segundo Kazdin (1982), um delineamento de sonda explora a generalização de repertórios para outros contextos (diferentes da terapia) bem como avalia a sua manutenção ao longo do tempo. Um dos objetivos do delineamento de sonda é verificar se houve alteração em repertórios não focados diretamente ao longo do procedimento de pesquisa. “Porque as contingências não estão em vigor para o comportamento avaliado pela sonda, o dado obtido pela avaliação da sonda aborda a generalidade do comportamento entre respostas e situações” (Kazdin, 1982, p. 209).

Pesquisas em FAP e em análise aplicada do comportamento (e não da ACC), contam com uma enorme vantagem se comparadas a pesquisas em ACT com relação ao acesso direto do terapeuta aos repertórios problema e repertórios de avanço. A própria concepção de comportamento clinicamente relevante (CCR) como o comportamento do cliente que acontece na relação com o terapeuta, permite uma maior amplitude na promoção da observação direta. O mesmo acontece, por exemplo, mas não pelos mesmos motivos, com pessoas com TEA. As pesquisas clínicas em FAP, porém, também encontram dificuldades em definir medidas mais confiáveis de generalização, uma vez que não parecem suficientes apenas com os instrumentos de autorrelato preenchido no momento da sessão de terapia.

Villas-Bôas et al. (2016), Kanter et al. (2006) e Landes et al. (2013) estabeleceram cartões de registro diário a ser preenchido pelos próprios participantes como medidas de acesso a ocorrência de comportamento alvo fora de sessão. Villas-Bôas et al. (2016) inseriram também registros de observadores externos (do ambiente do participante). Kanter et al. (2006) discutem que embora o uso restrito de autorrelato (cartões de registro) seja uma limitação, é característica necessária no trabalho com clientes não institucionalizados. Eles sugerem, porém, o acréscimo de outras medidas como contagem de frequência ou estabelecimento de taxas dimensionais de severidade do problema, por exemplo, como uma forma de complementar medidas de autorrelato e aprimorar o acesso aos repertórios alvo fora de sessão. Pesquisas futuras que se proponham a testar tratamentos experienciais e analíticos podem inserir tais estratégias como complemento aos instrumentos de autorrelato para enriquecer o acesso às variáveis dependentes.

Embora os instrumentos de autorrelato sejam vistos com desconfiança, este estudo encontrou consistência nos dados colhidos por eles (a exceção do VLQ) aplicados repetidas vezes, a cada sessão ou a cada fase, a depender do instrumento. Ainda que haja uma série de interferências e hipóteses sobre variáveis intervenientes influenciando as respostas aos instrumentos, a inspeção visual dos gráficos mostra padrões de respostas e não uma distribuição difusa que poderia sugerir aleatoriedade. O aparecimento de padrões de melhora progressiva ao longo da terapia, o cruzamento desses padrões com observações clínicas de melhora da terapeuta-pesquisadora, bem como relatos de evoluções dos participantes na EMT sugerem, juntos, que o preenchimento dos instrumentos mostrou alguma consistência em apresentar dados de mudança clínica. Isto não exige instrumentos de autorrelato de influências diversas, mas indica alguma confiança no uso repetido desses instrumentos em pesquisas com delineamento de caso único como uma forma de acesso a repertórios alvo.

A descrição dos processos psicológicos propostos pela ACT com o uso de termos de nível médio (de precisão) dificulta a promoção de observação direta desses processos em seus elementos constituintes mais básicos. Talvez a impossibilidade de observação direta seja característica intrínseca dos repertórios descritos no hexaflex e, neste caso, outras formas de medida mais refinadas poderiam ser desenvolvidas para enriquecer a qualidade dos dados. Ou talvez os processos apresentados no hexaflex venham a ser descritos no futuro de maneira mais minuciosa, em seus processos comportamentais constituintes, sob maior influência da pesquisa básica. Algumas pesquisas foram e estão sendo desenvolvidas nesta direção ampliando o espectro de observação e medida (e.g. Assaz, 2019). Porém, se o trabalho clínico busca, como objetivo global, promover autonomia do cliente em gerenciar sua própria vida, as medidas de generalização parecem dados preciosos sobre melhora clínica, pois são comportamentos que ocorrem em ambiente “natural” e se mostrou duradoura ao longo do tempo.

A partir dos resultados apresentados, vale discutir a fidedignidade (validade interna) e a generalidade dos dados (validade externa). A fidedignidade dos dados desta pesquisa encontra limites claros, dado que esta pesquisa contou apenas com uma replicação intrasujeito, como já mencionado antes com relação à escolha do número de fases. Por outro lado, o delineamento foi aplicado com quatro participantes e com alternância da ordem de apresentação das VIs. Um dos pontos fortes do estudo, portanto, foi ter produzido quatro replicações intersujeito com participantes de gêneros e idades diferentes, além de ter testado dois arranjos diferentes do procedimento em um mesmo delineamento. Essa diversidade da população e do procedimento, junto com o número de replicações intersujeitos são responsáveis pela produção de confiança e generalidade dos resultados encontrados (Sidman, 1960).

Seguindo um movimento de estudos que buscaram entender a participação de intervenções analíticas e experienciais em repertórios diversos de indivíduos, esta pesquisa não confirma uma diferença significativa entre efeitos de intervenções analíticas e experienciais na melhora clínica. Com relação à sugestão de Kanter et al. (2006) de investigar mais os efeitos de variáveis verbais (e.g regras) na melhora clínica, os resultados não mostram que o uso de intervenções analíticas promoveu melhores resultados nos repertórios alvo. Embora McMullen et al. (2008) tenham mostrado em um estudo análogo que exercícios experienciais tiveram maior efeito em intervenções com foco em aceitação, este estudo não encontrou melhores resultados no AAQ-II (instrumento para medir aceitação embora haja controvérsias quanto ao construto medido como comenta Wofgast, 2014) após a fase experiencial no contexto de pesquisa aplicada na população clínica. A presente pesquisa também contraria a análise de Levin et al. (2012) uma vez que a utilização de metáforas e exercícios experienciais não se mostrou superior a intervenções analíticas no que diz respeito à melhora clínica de qualquer componente do hexaflex. Por outro lado, os resultados estão em acordo com os dados encontrados por Villatte et al. (2016), pois intervenções no bloco *mindful* e no bloco valores, em analogia a processos de aceitação e desfusão (módulo *ACT OPEN*) versus processos de construção de valores e ação compromissada (módulo *ACT ENGAGED*) produziram resultados similares em melhoras de sintomas psiquiátricos e na qualidade de vida. Há distinções, porém, se comparados outros resultados. Enquanto Villatte et al. (2016) encontraram maior efeito do módulo *ACT OPEN* em medidas relativas à desfusão e aceitação, e também maior efeito do módulo *ACT ENGAGED* em medidas relativas à qualidade de vida e ação baseada em valores, os resultados desta pesquisa não mostram diferença nas medidas específicas desses processos de acordo com o bloco (*mindful* ou valores) em operação no procedimento.

Analisando a influência do tratamento predominantemente analítico, é possível fazer

um paralelo com o estudo conduzido por Villas-Bôas et al. (2016). Parte da definição do tratamento analítico desta pesquisa envolveu os mesmos elementos descritos por Villas-Bôas et al. (2016) na definição da parte analítica da FAP: análise funcional e regras. As duas pesquisas não encontraram efeitos diferentes em repertórios alvo com a introdução de intervenções analíticas na terapia, ainda que os repertórios alvo não sejam idênticos nos dois casos. Mas vale notar que as duas pesquisas isolaram o tipo de intervenção analítica e não encontraram influências positivas específicas com a introdução destas intervenções na melhora clínica.

O presente estudo fortalece a argumentação de Villattes et al. (2016) sobre a hipótese de técnicas diferentes de tratamento possivelmente alterar os mesmos processos de mudanças. É possível que os mesmos processos de mudanças tenham acontecido tanto nas fases analíticas quanto nas fases experienciais, uma vez que não houve diferença nas medidas de repertórios específicos de acordo com as fases. Este resultado conta a favor de alguns aspectos bem vistos em terapia. Uma vez que técnicas específicas não produziram resultados específicos, o terapeuta pode usar de flexibilidade e criatividade para escolher o tipo de intervenção que vai utilizar a cada momento da terapia. Esta ideia está em consonância com dois aspectos da PBEP: usar a expertise do terapeuta e levar em consideração características específicas de clientes nas tomadas de decisões clínicas. Isso quer dizer que o terapeuta pode ser mais experiencial ou mais analítico, a depender do seu estilo terapêutico, do estilo do cliente e do momento específico em sessão. Caberia ao terapeuta avaliar quando e como fazer uso dessas técnicas, levando em consideração, inclusive, a avaliação funcional de história de vida do cliente, bem como a avaliação funcional de situações mais pontuais em vigor na vida do cliente a cada momento de terapia. O terapeuta teria a liberdade de avaliar a motivação do cliente com relação a, por exemplo, o tema trazido para a sessão e com relação ao formato que ele aborda o tema. Formato se refere aqui ao modo como o cliente fala sobre o tema, com

humor, com descrições minuciosas ou com linguagem metafórica, por exemplo. A partir desta avaliação, o terapeuta poderia propor temas e formatos que “aproveitem” o que o cliente traz naquele momento específico para desenvolver aspectos sobre os quais o cliente se mostra mais motivado. Desse modo, é possível fazer um paralelo entre estar sensível à motivação do cliente e trabalhar valores, no sentido de que ambos manejam e/ou produzem a motivação do cliente em sessão, o que pode diminuir também o caráter aversivo de alguma intervenção. O seguinte trecho da fala de Iuri ilustra esta argumentação:

Eu comecei a entender um pouco, assim, que tudo que me faz bem é uma coisa que se conecta com as coisas que eu valorizo mais, né? E a terapia nesse sentido eu acho que eu me sentia muito conectado, uma conexão muito forte com a terapia porque era uma questão de me conhecer, e uma questão do aprendizado sobre eu mesmo. Então essa questão que, como que eu mais valorizo é a educação e o aprendizado, eu sempre sentia que a terapia se conectava de uma forma muito íntima com isso, sabe? - Porque se conectou com o fato de eu me conhecer. Então eu sempre sentia assim, que estava caminhando um pouquinho a entender melhor o que estava acontecendo, porque pra mim sempre foi uma confusão! - Principalmente por causa da questão da identidade de gênero, pra mim sempre foi uma bagunça, assim, na minha cabeça, né? Um bocado de coisas que eu não conseguia distinguir bem o que estava acontecendo. Então a terapia me ajudou, tipo, aquela... igual você falava: “um novelo de lã que pra você desenrolar a saber tem que ir puxando”, sabe?

Esta proposta está em acordo com alguns argumentos a favor do movimento da TBP, como apontam Hofmann e Hayes (2019):

Alguma destas, mas não todas, competências CBT focam processos terapêuticos específicos (e.g. flexibilidade cognitiva e desfusão/distanciamento), enquanto outras representam estratégias específicas de tratamento (e.g. exposição). Estratégias de

tratamento geralmente focam um número de processos diferentes, e qualquer processo particular pode provavelmente ser modificado por meio de um número de estratégias possíveis (e.g. flexibilidade psicológica pode ser modificada por ambos exposição e práticas de mindfulness). Vários processos podem estar organizados em uma hierarquia de especificidade na qual alguns processos podem estar integrados em outros...especulações como estas aguardam um tipo de apoio empírico que pesquisa requer para se mover em uma direção baseada em processo. Enquanto esses dados se acumulam, modelos de tratamentos novos e mais avançados podem então apontar para futuras relações e novos processos⁴. (p.42)

Esta pesquisa não se propôs a tratar dos processos comportamentais envolvidos no manejo das intervenções. Mas a não distinção dos resultados com a implementação de técnicas diferentes (tratamento experiencial e analítico) argumenta a favor de pesquisas que promovam melhor compreensão dos processos comportamentais envolvidos na mudança clínica quando algumas intervenções são executadas ou quando alguns repertórios são escolhidos como alvo (e.g. aceitação). Em outras palavras, não foi possível encontrar uma relação entre procedimento e processo comportamental, uma vez que não houve diferença nas medidas de resultado de repertórios específicos de acordo com o procedimento realizado. Um corpo de pesquisas tem se voltado para a tentativa de promover mais clareza conceitual em torno dos processos descritos no hexaflex, além de buscar sustentação empírica para a tese de que os processos são, de fato, processos de mudança (e.g. Assaz, 2019). Novos dados podem agregar à tese de que uma terapia deve envolver prioritariamente o manejo de processos comportamentais e, não necessariamente, envolver esforço em testar mais procedimentos específicos não claramente relacionados a processos.

⁴ Tradução livre da autora.

Deste modo, esta pesquisa argumenta a favor de uma terapia tecnicamente flexível, engajada em uma análise funcional robusta que promova sensibilidade do terapeuta-pesquisador ao comportamento do cliente em sessão e que esta percepção participe da tomada de decisão clínica. O estudo contou com esta flexibilidade técnica e com a avaliação funcional como um guia nas escolhas das intervenções a cada sessão. As intervenções terapêuticas (como o tipo de metáfora utilizada, por exemplo) foram, portanto, adaptadas para cada participante a partir da avaliação funcional de cada um deles. Vale notar que esta liberdade na escolha dos recursos utilizados nas sessões só foi possível por ser tratar de uma terapeuta-pesquisadora com experiência clínica. As tomadas de decisão com relação a condução da terapia requerem habilidade da terapeuta-pesquisadora em perceber com cuidado o que o cliente apresenta a cada sessão ou a cada relato. Diferente de se ater a manuais, uma terapia tecnicamente flexível e baseada em processos de mudança clínica, pede do terapeuta expertise tanto teórica quanto prática para sustentar com responsabilidade a confiança na tomada de decisão clínica. Sobre este tópico Hayes et al. (2012) afirmam que:

É a relativa sensibilidade com relação ao comportamento em curso do cliente na conversação terapêutica que diferencia terapeutas ACT efetivos dos inefetivos. Este processo não consiste em qualquer aplicação mecânica simples de metáforas, exercícios e conceitos. Quando terapeutas são inicialmente expostos a metodologias e técnicas da ACT, eles frequentemente respondem fortemente às intervenções específicas. Frequentemente eles estão atraídos por metáforas, exercícios experienciais, tarefas de casa, e o sentimento iconoclasta de desafiar a comunidade verbal convencional. Contudo, o processo da ACT vai muito além destas intervenções e estratégias. As funções teóricas aparecem mais vagarosamente, especialmente para aqueles sem o treino analítico funcional do comportamento. Os pressupostos filosóficos, disponibilidade para largar reivindicações ontológicas e o foco na

efetividade são frequentemente difíceis. Mas o trabalho pessoal é talvez o mais desafiador de todos. Para que essas intervenções funcionem da forma como devem funcionar, o terapeuta deve estar disposto a entrar em uma relação com o cliente que é aberta, com aceitação, coerente e consistente com os princípios da ACT. O terapeuta não pode dar um passo para fora da ACT e ainda assim fazer ACT com integridade; o que o terapeuta traz ao trabalho e ao relacionamento é em si mesmo a chave⁵. (p. 149)

Os resultados encontrados neste estudo agregam às argumentações a favor da compreensão de mecanismos de mudança clínica. O principal resultado foi verificar que os tratamentos colocados em práticas no delineamento, enquanto dois tipos diferentes de tratamento terapêuticos, não mostraram efeitos diferentes nos repertórios alvo escolhidos. Por outro lado, houve mudança clínica relevante se comparados os resultados gerais antes e após a terapia. Se não foram os procedimentos, quais variáveis foram responsáveis por estas melhoras clínicas? Ou, como e por que as mudanças ocorreram? Este estudo não pode responder a tais perguntas porque não foi pensado e planejado para estes fins. Mas ele fortalece razões que subjazem o corpo de pesquisas que vão nesta direção: as pesquisas de processo que buscam conhecer os mecanismos de mudança ou processos que explicam a melhora clínica (Kazdin, 2007).

Em resumo, pesquisas em ACC têm abordado maiores ganhos terapêuticos ao utilizar intervenções experienciais, tais como, metáforas e exercícios experienciais, quando se comparada a intervenções mais analíticas. Por outro lado, ainda é necessário esclarecer quais exatamente são os processos comportamentais envolvidos nas mudanças clínicas quando estas variáveis são manipuladas, e em que medida tais mudanças impactam aspectos mais ou menos específicos do repertório do cliente. Este estudo não produziu dados relevantes sobre a relação entre procedimento e processo porque não se propôs a identificar processos comportamentais

⁵ Tradução livre da autora

em operação durante a manipulação das fases experimentais, embora tenha ocorrido mudança clínica relevante. O dado produzido nesta pesquisa foi apenas com relação a eficácia dos procedimentos propostos, a saber, os tratamentos experiencial e analítico.

A proposta inicial da ACT sobre minar os efeitos nocivos da linguagem para tratar os sofrimentos psicológicos dos clientes via intervenção experiencial não se confirma com os achados desta pesquisa. Houve mudança nas medidas de resultado, a despeito do procedimento experiencial dirimir a problemática da linguagem. Isto está em acordo com:

o modelo da ACT usa metáforas e exercícios em um contexto particular para servir a um propósito particular baseado na conceituação analítica funcional de qual é a luta do cliente. ... O modelo da ACT não é sobre escolher a metáfora "perfeita" ou exercício ou sobre usar um número amplo de metáforas e exercícios unidos (encadeados) para se comunicar com o cliente. Ao invés disso, metáforas e exercícios são meramente ferramentas, e elas funcionam melhor se usado flexibilidade para se encaixar nas necessidades, lutas, e história individual dos clientes (Stoddard & Afari, 2014, p. 169).

O que esta pesquisa talvez aponte é que não há forte interferência no processo terapêutico proporcionada pelo uso experiencial da linguagem. Pode-se pensar, por outro lado, que o esvaziamento da importância de intervenções experienciais seja atribuído a pouca expertise do terapeuta. Seria interessante que outros terapeutas experienciais, com formações e experiências diferentes conduzam pesquisas similares com isolamento das variáveis procedimentais analíticas e experienciais para entender a participação do terapeuta nos resultados. Por outro lado, os componentes das intervenções que constam no Protocolo de Adesão ao Tratamento e o índice de concordância entre aferidores indicam que a terapeuta seguiu o procedimento como prescrito em livros e manuais da ACT (e.g. Hayes, 2012).

Por fim, faz-se necessário ressaltar que todos os requisitos descritos por Hayes et al. (2012) foram contemplados: análise funcional, cultivo de uma relação terapêutica genuína,

formação da terapeuta em análise do comportamento, experiência de mais de 10 anos com a prática da clínica comportamental, incluindo a ACT e muitos anos de trabalho pessoal terapêutico além de frequência em supervisões clínicas ao longo da prática clínica e presença em eventos da área (e.g congressos). Embora Hayes et al. (2012) tenham afirmado que intervenções experienciais não seriam suficientes ou efetivos sem que a terapia atenda aos requisitos acima, esta pesquisa questiona se é, de fato, necessário enfatizar maiores ganhos terapêuticos com o uso de intervenções experienciais se comparadas a intervenções analíticas. Tendo em vista as melhoras clínicas observadas gradativamente ao longo da terapia, parece que intervenções experienciais e analíticas juntas são eficazes e efetivas, ou ainda que os requisitos citados acima sejam, eles próprios, suficientes para um processo terapêutico eficaz e efetivo associado com intervenções focando processos psicológicos alvo na ACT.

Conclusão

Esta pesquisa teve como objetivo verificar impactos de intervenções predominantemente experienciais e predominantemente analíticas em repertórios diversos de quatro participantes com o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Para isto foi desenvolvido um estudo experimental de caso único com delineamentos combinados: delineamento de reversão (A-B1-C1-B2) com inversão de ordem e delineamento de sonda. A fase A correspondeu a Fase de linha de base. Na Fase B1, houve a primeira manipulação da variável independente que no caso de dois participantes foi o tratamento experiencial e no caso de outros dois foi o tratamento analítico. Na Fase C1 houve a alternância do tratamento manipulado: aqueles participantes submetidos ao tratamento experiencial na Fase B1, foram agora submetidos ao tratamento analítico e vice-versa. Após a finalização das fases experimentais, ocorreu o seguimento ao longo de três meses, um a cada mês, com o objetivo de verificar se houve permanência a longo prazo dos resultados verificados ao longo do procedimento.

O procedimento foi composto por 35 sessões: cinco na linha de base e 10 compondo cada fase experimental. Nas fases experimentais, foi conduzida uma psicoterapia no modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso com foco em processos de *mindfulness* (parte esquerda do hexaflex) e processos relacionados a valores (parte direita do hexaflex), divididos em dois blocos a cada fase. Esta divisão teve como objetivo percorrer todos os processos comportamentais descritos pela ACT como fundamentais para o progresso terapêutico.

As variáveis dependentes foram medidas repetidamente ao longo das fases por meio de instrumentos de autorrelato. As medidas primárias (sintomas de ansiedade, qualidade de vida e ação compromissada com valores) foram aplicadas a cada sessão ou a cada duas sessões (a depender da orientação do instrumento) e entre as fases experimentais. As medidas secundárias (desfusão cognitiva, esquiva experiencial, preocupação e *mindfulness*) foram medidas antes e após cada fase experimental para verificar se houve e qual foi o impacto do tipo de tratamento manipulado nos repertórios alvo. No seguimento todas as medidas foram verificadas.

Os dados encontrados não confirmam controle experimental das VI's sobre as VD's, pois não foi possível observar reversão nos resultados após a retirada da segunda VI manipulada. Por outro lado, a inspeção visual dos dados em gráficos mostrou, de forma geral, melhora progressiva de todos os participantes ao longo da psicoterapia. Em relação a alguns participantes, a melhora começou a ocorrer na linha de base, antes de qualquer manipulação experimental. De forma geral, a melhora clínica se manteve ou aumentou no seguimento. Estes resultados apontam para efeitos positivos do procedimento experimental na melhora clínica, inclusive a longo prazo. Este resultado levanta questionamentos sobre a adequabilidade do delineamento para investigar a pergunta de pesquisa e foram feitas sugestões de modificações no procedimento como uma tentativa de conseguir produzir controle experimental. Além disso, foram levantadas algumas hipóteses explicativas sobre os

motivos que levaram à melhora progressiva dos participantes nas medidas selecionadas. Uma das hipóteses diz respeito a participação de fatores comuns promovendo melhora, a despeito de fatores específicos, como o tipo de intervenção.

A literatura da ACC discute sobre as vantagens e desvantagens no uso de intervenções analíticas na psicoterapia, representadas por descrições literais com ou sem função de regra. A ACT assume postura mais definitiva a favor de intervenções mais experienciais, em oposição a intervenções mais analíticas, baseada em estudos que apontam a participação da linguagem na composição e manutenção de sofrimentos psicológicos. Embora a ACT argumente a favor de benefícios do uso de intervenções experienciais para a promoção de melhores ganhos terapêuticos, esta pesquisa não confirmou esta hipótese pois não houve resultados diferenciados quando o tratamento experiencial foi manipulado.

Esta pesquisa se insere em uma lacuna existente na ACT com relação a ausência de pesquisas que investiguem o efeito de intervenções experienciais isoladamente para verificar se a tese sobre seus benefícios se verifica empiricamente. Outra força da pesquisa reside em investigar esta problemática em contexto clínico aplicado com delineamento de caso único, aproximando ainda mais a pesquisa da prática clínica. Estudos anteriores investigaram a participação de variáveis experienciais, mas em estudos análogos ou com população não clínica.

Dado a inexistência de impactos significativamente diferentes de intervenções experienciais e analíticas na melhora clínica nos participantes, esta pesquisa advoga a favor de uma psicoterapia flexível, que seja guiada pela avaliação funcional e que seja sensível aos comportamentos do cliente em sessão. Tendo a avaliação funcional e a sensibilidade ao comportamento do cliente em sessão como guias, o terapeuta pode usufruir de flexibilidade para adaptar procedimentos de acordo com o cliente e com o momento em sessão.

Referências

American Psychological Association (2021). Evidence-Based Practice in Psychology.

<https://www.apa.org/practice/resources/evidence>

American Psychological Association (2021). Policy Statement on Evidence-Based Practice in

Psychology. <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>

American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice (2006).

Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61 (4), 271-28.

Assaz, D. A. (2020). *Desfusão cognitiva na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): O processo de mudança clínica*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: what are the basic processes of change? *The Psychological Records*, 18(6), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>

Aranha, A. S. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo].

Aranha, A. S.; Oshiro, C. K. B., & Wallace, E. C. (2020). A single-case quasi-experimental design of functional analytic psychotherapy for substance abuse. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 22(3), 263-286. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n3p263-286>

Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97.

- Baer, R.A., Smith, G.T, Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessments*, 13(1), 27-45.
<https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555-576. <https://doi.org/10.1007/BF03395595>
- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. In D. R. Zamignani, (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 80-88). Arbytes.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. Em R.D. Zettle, S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 365-382). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch18>
- 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 inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-88.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinions in Psychology*, 2, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>

- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195–207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Artmed.
- Catania, A. C., Matthews, A. & Shimoff, E. (1990). Properties of rule-governed behaviour and their implications. Em D. E. Blackman & H. Lejeune (Orgs.), *Behaviour analysis in theory and practice: Contributions and controversies* (pp. 215-230). Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203775684>
- Catania, A. C., Shimoff, E. & Matthews, B. A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. In S. C. Hayes (Org.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 119-150). Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0447-1_4
- Cerutti, D. T. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51, 259-276. <http://doi.org/10.1901/jeab.1989.51-259>
- Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Conselho Federal de Psicologia, Brasília. <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. Em M. J. Dougher (Ed), *Clinical behavior analysis* (pp. 11-26). Context Press.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi022>

- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
<https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Ferreira, T. A., Simões, A. S., Ferreira, A. R., & Santos, B. O. S. (2020). What are values in clinical behavior analysis? *Perspectives on Behavior Science*, 43, 177-188.
<https://doi.org/10.1007/s40614-019-00219-w>
- Ferreira, T. A. S., Santos, F. M. S., Matos, J. P. A., Moura, M. C. B. L. M. & Rodrigues, S. S. (2017). Qual o objetivo da análise do comportamento clínica? *Acta comportamentalia*, 25(3), 395-410.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80047-5)
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Törneke, N., Luciano, C., Stewart, I., & McEnteggart, C. (2014). RFT for clinical use: The example of metaphor. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 305-313.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.001>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S. & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the

- cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377–384. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.2.377>
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hayes, S. S.C. A (1987). Contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp. 327-387). Guilford
- Hayes, S. C. (2019). State of the ACT evidence | association for contextual behavioral science. Retrieved http://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence.
- Hayes, S. C., & Hoffman, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos*. Artmed.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic.

- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 238-245.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R., & Greenway, D. E. (1986). Instructions, Multiple Schedules, and Extinction: Distinguishing Rule-Governed from Scheduled-Controlled Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46(2), 137-147.
<https://doi.org/10.1901/jeab.1986.46-137>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6)1152-1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>

- Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2013). Acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 264-281. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.
<https://doi.org/10.1177/.2670261877229629>
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., & Baruch, D. E. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463-467.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2006.21-06>
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2002). *Research Design in Clinical Psychology*. Editora Barnes and Nobles
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A. E. (2021). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings" (3rd ed)*. Oxford University Press. [ISBN 978-0195030204](#)
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. Springer.
<https://doi.org/10.4324/9780203121153>

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D.

M., & Shadish, W. R. (2012). Single-case intervention research design standards.

Remedial and Special Education, 34(1), 26-38.

<https://doi.org/10.1177/0741932512452794>

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse,

G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome

Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-)

S

Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active

components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors.

Journal of Contextual Behavioral Science, 2, 49-57.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.004>

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

Leonardi, J.L., & Meyer, S.B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a

História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia:*

Ciência e Profissão, 35(4), 1139-1156. <http://dx.doi.org/10.1590/1982->

3703001552014

Levin, M. E., Hildebrant, 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, 741-756.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>.

- Levin, M. E., Krafft, J., Hicks, E. T., Pierce, B., & Twohig, M. P. (2020). A randomized dismantling trial of the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online intervention for distressed college students. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103557>
- Lima, G. O. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único*. [Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo].
- Lovo, A. R. B. R. (2019). *Psicoterapia analítica funcional como tratamento de transtorno de ansiedade social*. [Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo].
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 3-14. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications. <https://doi.org/10.1017/s1352465808004670>
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distractions: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.09.002>

- Melnik, T.; Meyer, S. & Sampaio, M. I. C. (2019). Relato de experiência docente: a primeira disciplina sobre a Prática da Psicologia Baseada em Evidências ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, 1-5. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35418>
- Meyer, S. (2004). Processos comportamentais na psicoterapia. In A. C. Cruvinel, A. L. F. Dias e E. N. Cillo (Orgs.), *Ciência do Comportamento – Conhecer e Avançar*, 4, (pp. 151-157). ESETec.
- Meyer, S. B., & Oshiro, C. K. (2019). Linha de pesquisa “delineamento experimental de caso-único em sessões de psicoterapia”: decisões metodológicas. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(1), 64-75. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.014>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-95. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](http://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Moreira, F. R. (2018). *Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual*. [Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo].
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Plumb, J. C. & Vilardaga (2010). Assessing treatment in acceptance and commitment therapy: strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 263-295. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100912>

- Roemer, L., & Orsillo, M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Ruiz, F. J., García, D. M., & Cifuentes, A. M. (2019). Single-case Experimental Design Evaluation of Repetitive Negative Thinking-Focused Acceptance and Commitment Therapy in Generalized Anxiety Disorder with Couple-related Worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(3), 261-276.
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>
- Schlinger, H. & Blakely, E. (1987). Function-Altering Effects of Contingency-Specifying Stimuli. *The Behavior Analyst*, 10(1), 41-45. <https://doi.org/10.1007/BF03392405>
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Basic Books.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage Books.

- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise do comportamento*. Papirus.
- Soriano, M. C. L., Valverde, M. R., & Martínez, O. G., (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 377-396.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. Harbinger Publications.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (pp. 254-272). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781118489857>
- Vartanian, J. F. (2017) *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na psicoterapia analítica funcional*. [Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo].
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analysis of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in

Functional Analytic Therapy. *Psychological Records*, 66(4), 599-609.

<https://doi.org/10.1007/s40732-016-0195-y>

Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W., & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1037/h0101065>

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. Guilford Press.

Wilson, K. G. Sandoz, E. K. & Kitchens, J. (2010). The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272. <http://doi.org/10.1007/BF03395706>

Wolfgast, M. (2014). What Does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Really Measure? *Behavior Therapy*, 45, 831-839.

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <file:///Users/user/Downloads/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive behavior therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (pp. 73-118). Academic.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-010601-1.50008-5>

Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. John Wiley & Sons, Ltd.

<https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch18>

ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO AFERIDOR DE FIDELIDADE

Prezado aferidor de fidelidade,

Esta pesquisa de doutorado tem como título “Impactos de intervenções experienciais e analíticas na qualidade de vida, ações valorosas e sintomas (TAG)” e está sendo desenvolvida por mim, Amanda Raña Ferreira, sob orientação de Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro na Universidade de São Paulo. Ao aceitar participar como aferidor, é necessário estar ciente do compromisso de sigilo assumido descrito nas condições abaixo, de modo a garantir a proteção do participante e do material utilizado.

1. Somente eu terei acesso ao conteúdo das transcrições;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro e protegido da observação de terceiros;
3. Manterei sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas e relevantes;
4. Devolverei todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

Eu,, portador do RG:....., realizando a atividade de aferidor de fidelidade para a pesquisa descrita acima, me comprometo a respeitar as condições definidas nesse termo.

_____ Assinatura do Aferidor

_____ Assinatura do Pesquisador

____/____/____ Data

ANEXO B – MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**M.I.N.I.****MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL****Portuguese for Brazil Version 7.0.2****Para****DSM-5**

Copyright © 1992-2016 Sheehan DV

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, eletrônica ou mecânica, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia do Dr. Sheehan. Pesquisadores, clínicos e estudantes que trabalham em instituições públicas e entidades não lucrativas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de **suas** atividades clínicas e de investigação, mas **não** para uso institucional, nem qualquer outro que gere lucros financeiros. Qualquer utilização envolvendo ganho financeiro exigirá um contrato de licenciamento do detentor dos direitos autorais e o pagamento de uma taxa de licença por uso.

AVISO

Nosso objetivo é de auxiliar a avaliação e o acompanhamento de pacientes com maior eficiência e precisão. Antes que qualquer ação seja tomada em relação à informação coletada e processada por este programa, esta deve ser revisada e interpretada por um clínico autorizado.

Esse programa não foi desenvolvido e não se destina a substituir uma avaliação médica e psiquiátrica completa efetuada por um clínico - psiquiatra qualificado e autorizado. Ele se destina apenas a ser uma ferramenta que facilita a coleta e o processamento de dados confiáveis relativos aos sintomas obtidos por uma equipe treinada. Não é um teste diagnóstico.

M.I.N.I. 7.0.2 (August 8, 2016) (8/8/16)

M.I.N.I. - Brazil/Portuguese - Version of 29 Aug 17 - Mapi.
ID060137 / M.I.N.I.7.0.2_AU1.1_por-BR.doc

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cliente,

Eu e minha orientadora, Cláudia Kami Bastos Oshiro, fazemos parte do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Estou desenvolvendo minha tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica cujo título é “Impactos de intervenções experienciais e analíticas na qualidade de vida, ações valorosas e sintomas (TAG)”. Este estudo integra um conjunto de pesquisas sobre efetividade e eficácia em psicoterapia, bem como os processos envolvidos na mudança clínica.

Vinculado a este objetivo, estamos te convidando a participar do meu projeto de pesquisa de doutorado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (CEP-EACH) localizado na Rua Arlindo Bettio, 1000, Vila Guaraciaba, CEP: 03828-000 – São Paulo/SP. O e-mail do CEP-EACH é cep-each@usp.br e o telefone de contato é (11) 3091-1046. A pesquisa ocorrerá no meu consultório particular localizado na rua Ferreira de Araújo, 1059, Pinheiros, São Paulo – SP, CEP: : 05428-002.

Abaixo estão descritos alguns aspectos da pesquisa que podem ser relevantes para que você possa fazer uma decisão amplamente informada. Gostaríamos que você se sentisse livre para, caso julgue necessário, consultar terceiros e usufruir de algum tempo para refletir sobre a decisão. Caso você tenha alguma dúvida sobre qualquer aspecto da pesquisa, estamos à disposição para esclarecer.

Justificativas, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo investigar os efeitos de intervenções terapêuticas diferentes em pessoas com transtorno de ansiedade generalizada. Ela se justifica na medida em que contribui com o aprimoramento de técnicas psicoterapêuticas que já existem para o tratamento desse quadro clínico.

Serão conduzidas sessões de psicoterapia semanais (ou duas sessões por semana caso seja necessário para o seu caso) de 50 minutos cada no endereço Ferreira de Araújo, 1059 (Pinheiros), onde fica localizado o consultório particular da terapeuta-pesquisadora. Ao longo das sessões serão alternadas fases em que as intervenções terapêuticas irão variar entre sessões mais experienciais (focadas em vivências no aqui e agora) e sessões mais analíticas (focadas em descrições verbais sobre eventos).

Ao longo da pesquisa, além de comparecer às sessões de terapia, será solicitado que você preencha alguns questionários. Haverá variação no momento de aplicação dos questionários: alguns serão semanais, outros a cada duas semanas, outros um pouco mais esporádicos e ainda outros ocorrerão depois de um, dois e três meses após a finalização da pesquisa (follow-up). O preenchimento desses questionários é de suma importância para a pesquisa porque é a partir deles que poderemos avaliar os benefícios das intervenções.

As sessões serão gravadas e/ou filmadas. Isso pode causar algum desconforto mas é importante registrar para podermos avaliar com mais detalhes se a pesquisa está sendo desenvolvida conforme o planejado e também para avaliar melhor os efeitos das intervenções.

Desconfortos, riscos possíveis e benefícios esperados:

Quanto aos riscos e desconfortos, há previsão de que eles serão mínimos para você e similares àqueles presentes em processos de psicoterapia de forma geral, fruto de alguma sessão ou uso de alguma intervenção terapêutica, como incômodos subjetivos,

sensações desconfortáveis, etc. Caso você avalie os desconfortos e riscos inaceitáveis, seja antes ou ao longo do estudo, você pode se recusar a participar ou interromper sua participação sem qualquer problema. Nós não fazemos previsão de danos para você, nem de caráter físico, psicológico ou financeiro. Embora não sejam previstas despesas extras fruto da participação na pesquisa, caso elas ocorram, serão avaliadas conjuntamente e, caso seja necessário, ressarcidas. Caso seja identificado prejuízo ou desconforto inesperado para você, a terapeuta-pesquisadora e a orientadora da pesquisa estarão atentas e providenciarão assistência adequada como acolhimento e/ou encaminhamento para outros profissionais alocados em serviços públicos de saúde, independente da pesquisa.

É esperado que o estudo possa contribuir de alguma maneira com o desenvolvimento de tratamentos psicoterapêuticos para o TAG. Além disso, o estudo também poderá trazer alguma contribuição para você no que diz respeito a lidar com o TAG.

Métodos alternativos existentes:

Existem métodos terapêuticos diferentes do proposto nesse estudo. Gostaríamos que você se sentisse confortável para escolher participar desta pesquisa ou, caso julgue melhor, escolher outro método que se proponha a ajudar a sua demanda clínica.

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimentos e seus responsáveis:

A terapeuta-pesquisadora e a sua orientadora estarão disponíveis e atentas a todo o acompanhamento das sessões ao longo da pesquisa. Caso seja identificado qualquer desconforto não previsto, elas irão propor a finalização da pesquisa e providenciarão a melhor assistência disponível para o seu caso. Será oferecida disponibilidade continuada para qualquer esclarecimento desejado a todo o momento da pesquisa para você e/ou seus familiares (com o seu consentimento prévio).

Ao fim da pesquisa a terapeuta-pesquisadora e você irão conversar e avaliar a possibilidade de continuar a terapia, privilegiando pela sua continuidade caso ela seja possível, desejada e/ou necessária. Ainda poderá ser avaliado e realizado o encaminhamento para outros profissionais de assistência à saúde, caso haja indicação.

Liberdade do cliente se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:

Mesmo que você concorde em participar da pesquisa inicialmente, caso mude de ideia, você pode solicitar a qualquer momento a interrupção da participação retirando seu consentimento. Não haverá constrangimentos caso isso ocorra. Mas é importante que você converse sobre isso com a terapeuta-pesquisadora para que haja compreensão e possível assistência, caso seja necessário. Você também pode solicitar apagar o registro dos seus atendimentos e qualquer análise feita sobre eles. Sua solicitação será atendida prontamente.

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

Asseguramos o sigilo sobre os dados com relação a você acessados e registrados pelo terapeuta-pesquisador. Esses dados serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa apenas, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma *confidencial e os*

seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Somente a terapeuta-pesquisadora, a orientadora e os aferidores pertencentes ao grupo de pesquisa terão acesso aos dados, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O Termo será rubricado em todas as páginas e assinado em duas

vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto à orientadora por meio do e-mail claudiaoshiro@usp.br ou junto à pesquisadora por meio do e-mail amanda.rana@usp.br e telefone (11)966610505.

Cordialmente,

Amanda Raña Ferreira
Pesquisadora responsável

Eu,, aceito participar do projeto de pesquisa
exposto acima. Declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo, de de

Assinatura do participante

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA 7 (VERSÃO BRASILEIRA)

GAD-7				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? <i>(Marque sua resposta com "✓")</i>	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3
(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)				

Reimpresso de: GAD-7, por Pfizer Inc., 2005. Disponível em: <http://www.phqscreeners.com/>

ANEXO E – OUTCOME QUESTIONNAIRE – OQ-45 (VERSÃO BRASILEIRA)

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)

Versão autorizada para investigação

Nome: _____

Idade: ID: Data:

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere **a última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um “X” a categoria que melhor descreve o seu estado atual.

Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc. Por favor responda a todas as questões.

[illegible]

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Sempre
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque <i>nunca</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Eu tenho os músculos doloridos.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Eu me sinto nervoso.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Eu me sinto triste.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eu tenho dores de cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐
TOTAL:					

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE VALORES DE VIDA (VERSÃO BRASILEIRA)

VLQ

(Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Abaixo estão listadas áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. **Por favor, avalie a importância que você dá a cada uma dessas áreas para a sua vida (circulando um número), numa escala de 1 a 10.** Por exemplo, 1 significa que a área é nada importante e 10 que ela é extremamente importante para a sua vida. Nem todas as pessoas irão valorizá-las ou avaliá-las da mesma forma. **Solicitamos que pense na importância que você atribui a cada uma delas para a sua vida, independentemente de sua situação atual.** Por exemplo, você pode atualmente não estar trabalhando ou não ser pai ou mãe, mas valorizar o trabalho ou desejar ser pai ou mãe durante a sua vida.

Áreas	Importância de cada área para a sua vida									
	Nada importante									Extremamente importante
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Considerando a última semana, avalie o quanto suas ações estiveram de acordo com a importância que você atribui a cada uma das áreas abaixo. Todas as pessoas são melhores em algumas áreas do que em outras e também são melhores em alguns momentos do que em outros. Classifique cada área (circulando um número) em uma escala de 1 a 10, sendo que **1 significa que suas ações não estiveram de acordo com a importância daquela área para a sua vida e 10 que suas ações foram completamente de acordo com a importância que você atribui àquela respectiva área.**

Área	Grau de concordância de suas ações da <u>última semana</u> com a importância de cada área para a sua vida									
	Nada de acordo com a importância que atribuo									Completamente de acordo com a importância que atribuo
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE PREOCUPAÇÃO (VERSÃO BRASILEIRA)

Confidential

linico Randomizado de Terapia comportamental Baseado em Aceitação em Grupo com Mindfulness e Exposição para Transtorno de Ansiedade Generalizada

Page 1 of 2

PSWQ - Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia

Nome do Paciente _____

Por favor, assinale o número que melhor representa o quanto cada afirmativa se adequa à sua forma de ser.

1 - A falta de tempo para fazer todas as minhas coisas não me preocupa.	☐ Não me adequo
☐ Adequo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
2 - Minhas preocupações me angustiam.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
3 - Não costumo me preocupar com as coisas	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
4 - Muitas situações me preocupam.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
5 - Eu sei que não deveria me preocupar com as coisas, mas não consigo me controlar.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
6 - Quando me encontro sob pressão fico muito preocupado (a).	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
7 - Estou sempre preocupado (a) com algo.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
8 - Desligo-me facilmente das minhas preocupações.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado
9 - Ao terminar uma tarefa, começo a preocupar com as outras coisas que tenho para fazer.	☐ Não me adéquo
☐ Adéquo-me pouco
☐ Adequado
☐ Muito adequado
☐ Extremamente adequado

ANEXO H – QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO II (VERSÃO BRASILEIRA)

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Sexo [F] [M] **Idade** _____

Reimpresso de: Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira, por L. M. Barbosa, & S. G. Murta, 2015, Psico-USF, 20(1), p. 84.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE FUSÃO COGNITIVA (VERSÃO BRASILEIRA)

CFQ-7

(Versão original: Gillanders, et al., 2014)

(Validação brasileira: Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders & Oliveira, 2017)

Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo “levar” pelos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu analiso tanto as situações, que chega ao ponto em que esta análise passa a não ser mais útil para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu vivo “lutando” com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fico chateado comigo mesmo por pensar certas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tenho uma tendência a ficar muito envolvido/“ligado” aos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mesmo sabendo que seria mais útil <u>não me prender a</u> pensamentos que me deixam chateado, fazer isso é uma “luta” para mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO J – QUESTIONÁRIO DAS FACETAS DE MINDFULNESS (VERSÃO BRASILEIRA)

Questionário das Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR)

Instrução: Por favor, **circule a resposta** que melhor descreva a frequência com que as sentenças são verdadeiras para você.

Nunca ou raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Não tenho certeza	Normalmente verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.

1 2 3 4 5

2) Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.

1 2 3 4 5

3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.

1 2 3 4 5

4) Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.

1 2 3 4 5

5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.

1 2 3 4 5

7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.

1 2 3 4 5

8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.

1 2 3 4 5

9) Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.

1 2 3 4 5

10) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.

1 2 3 4 5

11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.

1 2 3 4 5

12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.

1 2 3 4 5

13) Eu me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.

1 2 3 4 5

15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.

1 2 3 4 5

16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.

1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.					
18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.					
19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu "dou um passo atrás" e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.					
20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.					
21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.					

22) Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.					
23) Parece que eu estou "funcionando no piloto automático" sem muita consciência do que estou fazendo.					
24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.					
25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.					
26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.					
27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.					
28) Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.					
29) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.					
30) Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.					
31) Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.					
32) Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.					

33) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.

1 2 3 4 5

34) Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.

1 2 3 4 5

35) Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.

1 2 3 4 5

36) Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.

1 2 3 4 5

37) Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.

1 2 3 4 5

38) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.

1 2 3 4 5

39) Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.

1 2 3 4 5

ANEXO K - ENTREVISTA DE MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA (VERSÃO TRADUZIDA)

1. Experiência geral da terapia.

Como a terapia tem sido para você (até agora)?

Como você se sentiu estando em terapia?

2. Mudanças.

Como você está agora?

Que mudanças, se alguma, você observou em você desde que a terapia começou?

3. Atribuições.

Em geral, ao que você atribui essas mudanças?

Em outras palavras, o que você pensa que podem ter sido responsáveis por ela? (Tanto dentro quanto fora da terapia).

4. Aspectos benéficos.

Quais foram os aspectos mais benéficos em sua terapia até agora? (Aspectos gerais, eventos específicos).

O que tornou esses aspectos benéficos para você?

5. Aspectos prejudiciais.

Quais aspectos da terapia foram prejudiciais, inúteis, negativos ou decepcionantes para você?

6. Aspectos difíceis, mas aceitáveis.

Quais aspectos da terapia foram difíceis ou dolorosos, mas ainda assim aceitáveis ou benéficos?

7. Aspectos ausentes.

Teve algum aspecto ausente no seu tratamento?

8. Aspectos de pesquisa.

Como foi para você estar envolvido nesta pesquisa?

9. Sugestões.

Você tem alguma sugestão para nós, relacionado à pesquisa ou à terapia?

Traduzido de: Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69-111.

ANEXO L – ENTREVISTA INICIAL DE CONCEITUAÇÃO DE CASO

Entrevista Inicial para Conceituação de Caso (EICC)

Dados gerais:

1. Nome
2. Sexo
3. Idade
4. Residência

Dados sobre a queixa:

1. Descrição
2. Quando começou?
3. Descrever uma situação que ilustre a queixa.
4. Quais os pensamentos, sentimentos e ações envolvidos na queixa?
5. Qual é a permanência ao longo do tempo?
6. Qual é a intensidade atual? Mudou de intensidade ao longo do tempo?
7. Em algum momento para de acontecer?
8. O que você faz quando os sintomas aparecem?
9. Se você pudesse mudar algo com relação a sua queixa, o que mudaria?
10. Se você pudesse mudar algo na sua vida, o que mudaria?
11. Quais os objetivos com relação a terapia? O que espera da terapia? (redundante?)
12. De forma geral, quais são seus sentimentos, emoções e pensamentos mais comuns?
13. Como você se descreveria para um desconhecido que busca te conhecer?
14. Em que você se considera bom/boa ou acha que tem facilidade em fazer?
15. Em que você se considera ruim ou tem dificuldade em fazer?
16. Você tem algum lema na vida? Qual seria?

Dados sobre a história de vida:

1. Moradia. Histórico.
2. Histórico escolar (Em quais escolas estudou? Qual é o histórico de desempenho? Houve situações marcantes neste período? Quais? De que forma você estava envolvido/a?)
3. Estado civil. Histórico de relacionamento amoroso/sexual. Quais foram/são as pessoas mais significativas? Por quê?
4. Condição socioeconômica. Histórico.
5. Família. Histórico (doença, nascimento, falecimento, separações, etc). Quais eventos foram mais marcantes?
6. Quais foram/são as pessoas mais significativas em sua vida? Quais são as características delas? Como era/é a sua relação com elas?
7. Profissão/ocupação. Histórico.
8. O que faz como lazer hoje em dia? Mudou ao longo da vida? Como?

9. Você teve/tem experiências com atividades desportivas? Quais e qual é a importância delas na sua vida?
10. Como se organiza a sua rotina atual? De que forma ela se parece ou se diferencia com a rotina no passado?
11. Relações sociais. Quem são? Com que frequência os vê? O que fazem juntos?
12. Qual é a experiência com tratamentos psicológicos e psiquiátricos?
13. Histórico de doença/saúde e histórico medicamentoso.
14. O que na vida te deixa motivado? E desmotivado?