

INSTITUTO PAR
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

IGOR JOSÉ COELHO PACHECO E OLIVEIRA

**Terapia de Aceitação e Compromisso para transtornos de alimentação: Caso da
Bulimia Nervosa**

São Paulo

2024

INSTITUTO PAR
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

IGOR JOSÉ COELHO PACHECO E OLIVEIRA

Terapia de Aceitação e Compromisso para transtornos de alimentação: Caso da
Bulimia Nervosa

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada do Instituto Par Ciências do Comportamento, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre
Orientador: Prof. Dr. Roberto Alves Banaco
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Santos Miyazaki

São Paulo

2024

“...uma nova técnica pode envolver instrumentos novos ou aperfeiçoados, ou pode ser simplesmente o resultado de novos usos ou combinações de métodos mais antigos. Na avaliação de importância de uma nova técnica o critério principal são os dados resultantes.”

Murray Sidman, *Táticas das Pesquisas Científicas*

Sumário

| | |
|--|------|
| Sumário..... | iv |
| Lista de Figuras..... | vii |
| Lista de Tabelas | viii |
| Resumo | ix |
| Abstract..... | ix |
| Introdução..... | 1 |
| O Modelo de Compreensão da Patologia Comportamental da ACT | 11 |
| Características do Hexaflex Possivelmente Aplicáveis aos Transtornos Alimentares | 13 |
| Como Captar Processos Relacionais | 17 |
| ACT no Manejo de Pacientes com Bulimia | 20 |
| Objetivos | 21 |
| Objetivo Geral | 21 |
| Objetivos Específicos | 21 |
| Hipóteses | 21 |
| Método | 22 |
| Tipo de Estudo | 22 |
| Local..... | 23 |
| Participantes | 24 |
| Materiais e Instrumentos | 25 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 25 |
| Natural Language Implicit Relational Assessment Procedure (NL-IRAP)..... | 25 |

| | |
|---|-----|
| Entrevista Experiencial de Diagnóstico Funcional Hexaflex | 26 |
| Questionário de Aceitação e Ação do Craving por Comida..... | 26 |
| Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal | 27 |
| Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal | 27 |
| Questionário de Valores de Vida..... | 27 |
| Cartão Diário | 28 |
| Procedimentos | 28 |
| Coleta de dados..... | 28 |
| Etapa 1 – Avaliação Pré-Intervenção | 30 |
| Intervenção | 32 |
| Etapa 2 – Avaliação Pós-intervenção | 36 |
| Análise de Dados..... | 36 |
| Resultados..... | 38 |
| Discussão..... | 70 |
| Conclusão..... | 82 |
| Referências..... | 84 |
| Apêndices..... | 102 |
| Apêndice A..... | 102 |
| Apêndice B..... | 103 |
| Apêndice C..... | 105 |
| Apêndice D..... | 110 |

| | |
|------------------|-----|
| Apêndice E | 111 |
| Anexos | 112 |
| Anexo 1 | 112 |
| Anexo 2 | 121 |
| Anexo 3 | 122 |
| Anexo 4 | 123 |
| Anexo 5 | 124 |
| Anexo 6 | 125 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1- Hexaflex..... | 13 |
| Figura 2 – Matrix (Polk & Schoendorff) | 16 |
| Figura 3 – Diagrama da Sala para Atendimentos Individuais da Clínica-Escola | 24 |
| Figura 4 – Fluxograma..... | 29 |
| Figura 5 – Exemplos de Quatro Tipos de Tentativas Empregadas no NL-IRAP | 32 |
| Figura 6 – Objetivos das Sessões do Programa de Intervenção em ACT | 35 |
| Figura 7 – Resultados do HFDEI do P1..... | 39 |
| Figura 8- Resultados do HFDEI do P2 | 41 |
| Figura 9- Resultados do HFDEI do P3 | 42 |
| Figura 10- Resultados do HFDEI do P4 | 43 |
| Figura 11- Resultados do HFDEI do P5 | 45 |
| Figura 12- Resultados dos questionários BI-AAQ, FAAQ e CFQ-BI..... | 49 |
| Figura 13 – Resultados do NL-Irap do P1 | 55 |
| Figura 14- Resultados do NL-Irap do P2..... | 57 |
| Figura 15- Resultados do NL-Irap do P3..... | 58 |
| Figura 16- Resultados do NL-Irap do P4..... | 60 |
| Figura 17- Resultados do NL-Irap do P5..... | 61 |
| Figura 18- Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P1..... | 64 |
| Figura 19- Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P2 | 65 |
| Figura 20- Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P3 | 24 |
| Figura 21- Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P4 | 67 |
| Figura 22- Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P5 | 68 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1- NL-IRAP do P1..... | 40 |
| Tabela 2 – NL-IRAP do P2..... | 41 |
| Tabela 3- NL-IRAP do P3..... | 43 |
| Tabela 4 – NL-IRAP do P4..... | 44 |
| Tabela 5- NL-IRAP do P5..... | 45 |
| Tabela 6 – Resultados da discrepância entre Importância e Ação no VLQ..... | 47 |

Resumo

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, nos quais a pessoa consome uma quantidade excessiva de alimentos em um curto período de tempo, acompanhada pela sensação de falta de controle. Esses episódios devem ser acompanhados por certas topografias, como comer rapidamente, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida mesmo sem sentir fome física, comer sozinho por vergonha e sentir sentimentos de desgosto, depressão ou culpa após a ingestão de alimentos. Além disso, a bulimia nervosa está associada a comportamentos compensatórios, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, jejum prolongado ou exercícios físicos excessivos. No entanto, esses comportamentos não são eficazes na prevenção do ganho de peso e podem causar diversos problemas de saúde, incluindo desequilíbrios eletrolíticos, danos aos dentes e garganta, desidratação e problemas gastrointestinais. O tratamento da bulimia nervosa geralmente envolve uma abordagem terapêutica, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A ACT é um modelo terapêutico que enfatiza em ajudar as pessoas a desenvolverem uma maior flexibilidade psicológica e a lidarem com o sofrimento emocional de forma mais adaptativa. Em vista disso, o presente estudo tem por objetivo avaliar o efeito da ACT para bulimia nervosa conforme o manual da Emily Sandoz. O estudo replicou o manual das diretrizes de Sandoz baseado na ACT em cinco participantes. Os instrumentos de mensuração para avaliar os efeitos da intervenção que foram utilizados são Natural Language Implicit Relational Assessment Procedure (NL-IRAP), Questionário de Aceitação e Ação do Craving por Comida (FAAQ), Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal (BI-AAQ), Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI), Questionário de Valores de Vida (VLQ). Os resultados obtidos revelam que os participantes experimentaram uma redução notável na frequência de episódios de compulsão alimentar e que houve uma melhora na aceitação das experiências internas, como pensamentos, emoções e sensações corporais. Outro achado importante foi a diminuição da fusão cognitiva em relação à imagem corporal, uma redução na identificação excessiva com pensamentos negativos sobre o corpo. Adicionalmente, foi observado um aumento na flexibilidade relacional, que evidencia uma capacidade aumentada de responder de forma adaptativa às experiências internas e externas. Conclui-se que a ACT pode ser eficaz no tratamento desse transtorno alimentar, os resultados sugerem que a ACT pode ser uma opção terapêutica valiosa para indivíduos que sofrem de bulimia nervosa.

Palavras-chave: Terapia de aceitação e compromisso, Transtorno Alimentar, Bulimia Nervosa, Análise do Comportamento Aplicada

Abstract

Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by recurrent episodes of binge eating, in which a person consumes an excessive amount of food in a short period of time, accompanied by a feeling of lack of control. These episodes must be accompanied by certain patterns of behavior, such as eating rapidly, eating until uncomfortably full, eating large amounts of food even when not physically hungry, eating alone due to shame, and feeling disgust, depression, or guilt after food intake. Additionally, bulimia nervosa is associated with compensatory behaviors such as self-induced vomiting, use of laxatives or diuretics, prolonged fasting, or excessive physical exercise. However, these behaviors are not effective in preventing weight gain and can cause various health problems, including electrolyte imbalances, damage to teeth and throat, dehydration, and gastrointestinal problems. Treatment for bulimia nervosa typically involves a therapeutic approach such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT is a therapeutic model that emphasizes helping individuals develop greater psychological flexibility and cope with emotional suffering more adaptively. Accordingly, this study aimed to evaluate the effect of ACT for bulimia nervosa according to Emily Sandoz's manual. The study replicated Sandoz's manual guidelines based on ACT in five participants. Measurement instruments to assess the effects of the intervention included the Natural Language Implicit Relational Assessment Procedure (NL-IRAP), Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ), Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ), Body Image Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-BI), and Valued Living Questionnaire (VLQ). The results revealed that participants experienced a noticeable reduction in the frequency of binge eating episodes and improvement in the acceptance of internal experiences such as thoughts, emotions, and bodily sensations. Another important finding was the decrease in cognitive fusion regarding body image, indicating a reduction in excessive identification with negative thoughts about the body. Additionally, an increase in relational flexibility was observed, demonstrating an enhanced capacity to respond adaptively to internal and external experiences. It was concluded that ACT could be effective in treating this eating disorder, suggesting that ACT might be a valuable therapeutic option for individuals suffering from bulimia nervosa.

Keyword: Acceptance and Commitment Therapy, Eating Disorder, Bulimia Nervosa, Applied Behavior Analysis.

A National Eating Disorder Association estima que cerca de 30 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno alimentar (Wade et al. 2011). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª ed. (DSM-5 TR) caracteriza o transtorno alimentar como um padrão contínuo de alimentação interrompida ou comportamento relacionado à alimentação que faz com que um indivíduo tenha prejuízo em sua saúde física e capacidade sociais (American Psychiatric Association, 2013). O manual descreve distúrbios alimentares, dentre eles, o chamado Bulimia Nervosa. Este transtorno foi introduzido como uma nova categoria no DSM-3 de 1980, tendo seus critérios diagnósticos revisitados até a atual versão (DSM-5 TR). Atualmente esses critérios apresentam como aspectos centrais um quadro que reúne períodos compulsivos, nos quais a pessoa apresenta um episódio de ingestão rápida de grandes quantidades de alimentos (Hill et al. 2015).

Além desse comportamento compulsivo, a pessoa bulímica frequentemente descreve que durante os episódios há uma sensação de falta de controle sobre a alimentação e relatam afirmações do tipo “é muito difícil resistir ao prazer da comida”. No entanto, subsequentemente mantém uma equivalência entre termos: “ser gorda é ser feia, preguiçosa e rejeitável”, e adota diferentes práticas para compensar a alimentação excessiva e esquiva do estado de aumento de peso. Há também relatos de desconforto ou incômodo relacionadas a sensação física que é causado pelo excesso de alimento (Sandoz et al. 2011).

Assim, os critérios diagnósticos para a Bulimia Nervosa são principalmente: os episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes, além de um controle verbal que leva o paciente a um medo de engordar. Os comportamentos compensatórios estão relacionados ao aumento do risco de complicações clínicas, sendo mais frequentes os vômitos autoinduzidos (APA, 2013). Kolar et al (2016) pontuam que no cenário da América Latina, a bulimia nervosa é o segundo quadro de transtorno alimentar com maior predominância, tendo a prevalência

aproximadamente de 1,16% na população. Ao comparar com os números dos países na América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela), percebeu-se uma prevalência de 2,0% no Brasil, de 0,8% no México e 0,4 na Colômbia. Entretanto, questiona-se se os indicadores atuais podem estar subestimados, dada a importância da detecção e tratamento precoce para a bulimia nervosa (Trindade et al., 2019).

Dados epidemiológicos de Fairburn, Cooper, Doll, Norman e O'Connor (2000) demonstram que a taxa de incidência era de 300 por 100 mil pessoas por ano na faixa etária de 20 a 24 anos, àquela época. Um estudo publicado recentemente por Silén e colaboradores (2020) analisou a incidência de transtornos alimentares em uma amostra populacional, os resultados indicaram que a taxa de incidência da bulimia nervosa foi de 8,3 por 100 mil pessoas por ano na faixa etária de 15 a 25 anos. As taxas de mortalidade da bulimia nervosa estão entre 0,3% a 3%, havendo variância de acordo com a gravidade do caso. Nesse quadro clínico também pode ser observado o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, como a elevada manifestação de fobia social (50,1%), fobia específica (41,3%) e transtorno depressivo (50,1%) (Hudson et al. 2007). Assim como ocorre em outros transtornos psiquiátricos, pessoas com bulimia nervosa frequentemente desenvolvem comorbidades fisiológicas. As respostas de compulsões, vômitos, uso de laxantes e diuréticos podem gerar complicações graves como: hipotensão, arritmias e doença do refluxo gastroesofágico (Aratany & Buonfiglio, 2018).

O panorama terapêutico atual visa contribuir para amenizar essa problemática, com desenvolvimento de pesquisas que investiguem intervenções psicoterápicas específicas que demonstrem eficácias na diminuição ou na eliminação dos sintomas compulsivos e purgatórios (Melo et al. 2020; Abreu et al. 2004).

Fairburn, Marcus e Wilson (1993) elaboraram o modelo clínico de intervenção para a bulimia nervosa, desenvolvendo assim o primeiro manual de intervenção para esse quadro

clínico. Esse manual é dividido em três fases sobrepostas de 19 sessões durante 20 semanas, utiliza técnicas cognitivas e comportamentais para identificar e modificar comportamentos disfuncionais, esquiva e crenças prejudiciais. Como complemento, em 2007, houve uma revisão de literatura que contemplou artigos que avaliaram a eficácia da TCC no tratamento da bulimia. Foram incluídos ensaios clínicos e metanálises publicadas entre janeiro de 1980 e fevereiro de 2006. Os resultados mostraram que, após a intervenção com essas técnicas, houve uma redução significativa nos sintomas e melhora do funcionamento psicológico na maioria dos pacientes. Mas, embora existam evidências de que o tratamento com TCC ofereça melhorias significativas nos sintomas, esta modalidade de psicoterapia não promove o alívio sintomático para todos (Duchesne et al, 2007). De acordo com um estudo de revisão sistemática e metanálise publicado em 2017, a TCC foi associada a uma taxa de alívio sintomático de apenas 44% de 3.295 participantes. A remissão foi definida como a ausência de episódios de compulsão alimentar e purgação durante um período mínimo de quatro semanas (Fairburn et al, 2015).

Lammers, Vroling, Crosby e van Strien (2021) pontuam que a TCC prioriza a intervenção sobre pensamentos e emoções dos portadores do distúrbio, mas não garante a mudança de contingências com as técnicas de mudança, produzindo pouco alívio sintomático para alguns e recaídas para aqueles que tiveram melhoria significativa. Segundo esse raciocínio, portanto, a utilização de técnicas com o objetivo de mudança cognitiva apenas, sem o aumento de repertório adaptativo ao ambiente social levaria aos mesmos resultados (Hower, LaMarre, Bachner-Melman, Harrop, McGilley & Kenny, 2022).

Outra opção de tratamento presente na literatura é a Terapia Cognitiva, que ficou bem estabelecida na literatura da saúde mental após receber nota A no National Institute for Clinical Effectiveness Guidelines (NICE, 2004). A Terapia Cognitiva produz mudanças rápidas nos padrões alimentares de indivíduos com bulimia nervosa, e seus efeitos também

são mantidos ao longo do tempo (Waller et al. 1996). Ela tem como objetivo gerar procedimento sistemático para explorar o significado de um comportamento em torno do tema “comida” e outros relacionados a ele. No entanto, Wilson (2005) demonstra que não há uma descrição operacional e sistematizada nos manuais de Terapia Cognitiva, para transtornos alimentares, o que acaba dificultando na realização de intervenções para essa população. O trecho traduzido livremente abaixo demonstra a necessidade do manual para a intervenção:

Estudos de psicoterapia diferem de outros ensaios clínicos porque dependem significativamente de manuais de tratamento que detalham como a intervenção é feita; por conta dos métodos utilizados para treinar terapeutas na intervenção (tanto experimental quanto controle); e por conta dos métodos para medir quão bem os terapeutas do estudo realizaram as intervenções com qualidade elevada e da forma prevista... A finalidade do manual é garantir que os terapeutas da pesquisa forneçam o tratamento conforme pretendido, para assegurar que os terapeutas administrem o mesmo tratamento e, se provado que o tratamento foi bem-sucedido, para permitir que outros profissionais da área repliquem as técnicas terapêuticas. (Areán & Kraemer, 2013, p. 37)

E o trecho traduzido livremente de David Barlow apresentado abaixo, acrescenta a importância de os manuais não serem mal projetados:

Manuais mal projetados são um risco para a saúde mental, pois podem levar a intervenções inadequadas que podem prejudicar os pacientes. Um manual que não está claramente definido e detalhado pode levar a variações significativas na forma como o tratamento é administrado, o que pode afetar a eficácia do tratamento e levar a resultados indesejados. (Barlow, 2004, p. 28)

Wilson (2005) complementa que os dados de eficácia da Terapia Cognitiva acabaram não sendo atualizados até aquele momento e que houve pouca replicação àquela época. Com o tempo houve progresso nas descrições das estratégias orientadas para a mudança cognitiva (modificação do conteúdo das crenças) e na sistematização de técnicas específicas que treinam as pessoas para aceitar e se distanciar de pensamentos e emoções dolorosas (Herbert & Forman, 2013). Posteriormente houve atualizações e desenvolvimento de novos manuais para algumas populações, como depressão e transtorno bipolar, mas há uma ausência de manual para a população dos transtornos alimentares (Hallis et al. 2017).

Como visto anteriormente, um manual mal projetado de uma intervenção terapêutica pode causar diversos prejuízos aos pacientes que estão buscando ajuda e mesmo um tratamento que tenha sido considerado eficaz em ensaios clínicos controlados pode levar a uma recorrência de sintomas. Por essa razão, ocorreu pesquisas com a função de identificar quais tratamentos terapêuticos são mais eficazes, quais os pacientes que podem se beneficiar mais de cada tipo de intervenção e quais são as melhores estratégias para prevenir a recorrência dos sintomas (David et al. 2018).

Esse foi o caso o caso da Terapia Comportamental Dialética (DBT, do original Dialectical Behavior Therapy) como opção para o tratamento de transtornos alimentares. Esse modelo comportamental de intervenção vê a desregulação emocional como a origem do problema: as compulsões alimentares e os comportamentos compensatórios são entendidos como tentativas de alterar ou controlar estados emocionais dolorosos. Portanto, essa forma de intervenção fornece uma abordagem que se concentra em tolerar emoções negativas, desenvolver habilidades de regulação emocional e melhorar relacionamentos interpessoais saudáveis. Alguns estudos (Bankoff et al. 2012; Safer et al. 2010) apontaram a eficácia do tratamento, o que levou à produção dos manuais e cartilhas para o tema (Safer et al. 2018; Hall et al. 2022; Safer et al. 2017).

A intervenção por meio da DBT é planejada para que os clientes aprendam e usem novas habilidades para regular as emoções e então cessem a compulsão alimentar, obtendo maior controle sobre sua alimentação em geral (Safer et al. 2017). A intervenção é feita em grupo, contemplando entre oito e 12 pessoas durante sessões de duas horas, que ocorrem por 20 semanas. As 20 sessões são estruturadas com 50 minutos de revisão das tarefas de casa, intervalo de 10 minutos e 1h de introdução do novo material (Safer et al. 2010). Uma revisão sistemática de literatura sobre DBT que abarcou publicações entre janeiro de 1998 e julho de 2011, sugere que a intervenção promoveu a redução na severidade do comportamento

compulsivo. Entretanto, a própria pesquisa relata limitações relacionadas às diferenças culturais que podem interferir diretamente na viabilidade e na efetividade da intervenção (Bankoff et al. 2012).

Embora, a TCC, Terapia Cognitiva e DBT demonstrem resultados positivos nas reduções dos sintomas relacionados aos transtornos alimentares, elas também revelam limites e lacunas nos resultados. Alguns estudos mostram que apenas 30-50% de pacientes param de comer compulsivamente e ter comportamentos compensatórios/purgatórios (Fairburn 2008; Wilson et al. 2007). Essa baixa porcentagem de pacientes que remitem do transtorno deixa espaço para melhorias e desenvolvimento de tratamentos em fase experimental de eficácia. Juarascio, Forman e Herbert (2010) sugerem que uma possível razão para a elevada taxa de “insucesso” no tratamento de bulimia nervosa é que os tratamentos existentes não focam suficientemente nas características críticas dos comportamentos, tais como a elevada esquivia experiencial e fraca defusão cognitiva.

A linguagem desempenha um papel central na forma como os seres humanos se comportam, pois, usando habilidades verbais e simbólicas um indivíduo é capaz de formular auto regras e pensamentos sob a influência de convenções sociais, que arbitrariamente declaram que: “ser magro é melhor que ser gordo”. Nesse sentido, a fonte inicial do sofrimento e da psicopatologia seria o modo como a linguagem interage com o contexto e a cognição, em processo de aprendizagem entre a história ontogenética e cultural (Hayes et al. 2012). De fato, evidências demonstram que a fusão cognitiva (controle verbal do comportamento) é um componente importante para o desenvolvimento e manutenção do comer compulsivo (Manlick et al. 2013).

Um dos modelos psicoterápicos que se preocupa com a influência de processos verbais no sofrimento e no desenvolvimento de psicopatologias é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT- Acceptance and Commitment Therapy), que oferece uma compreensão

alternativa dos transtornos psiquiátricos. Nessa modalidade de intervenção, os sintomas são compreendidos como conjuntos de comportamentos que ocorrem em interação com determinado contexto histórico e situacional que são selecionados e mantidos por processos comportamentais de variação e seleção que ocorrem em diferentes níveis (Skinner, 2007; Wilson & Hayes, 2018; Sapolsky, 2021).

Twohig, Levin e Petersen (2023) relatam que existem, atualmente, mais de 900 ensaios clínicos randomizados que demonstram os efeitos positivos da ACT para uma ampla gama de queixas (dor crônica, depressão, transtornos relacionados a ansiedade, trauma, transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, promoção da saúde e controle de peso para obesidade, tabagismo e uso de substâncias e transtornos alimentares). Uma metanálise para problemas físicos e mentais que incluiu 39 ensaios clínicos, concluiu que esse modelo terapêutico foi mais eficaz que placebo e outro tratamento usual após a intervenção e no follow-up (A-Tjak et al. 2015). Como complemento um estudo de metanálise pode averiguar o status empírico da ACT, com a inclusão de 20 metanálises e concluiu que a ACT é eficaz para todas as condições examinadas (Gloster et al. 2020). Algumas dessas pesquisas, têm-se atentado para a necessidade de intervenções psicológicas no âmbito do comportamento alimentar, como: intervenções breves (Lillis e Kendra, 2014), perda de peso (Lillis et al. 2009), transtornos alimentares (Juarascio et al. 2013), insatisfação com a imagem corporal (Pearson et al. 2012), reatividade à tentação de comer (Forman et al. 2007) e atividade física (Butryn et al. 2011). Um estudo seriado conduzido em um ambiente ambulatorial, teve a participação de cinco mulheres adultas que receberam tratamento individual baseado na ACT, os resultados mostraram uma redução significativa nos episódios de comer compulsivo, e em um dos casos, não foram mais atendidos os critérios para o transtorno durante as avaliações de follow-up (Hill et al., 2015).

Além das publicações das pesquisas observa-se também a produção de manuais específicos para essa população (Pearson et al. 2010; Sandoz et al. 2011; Berman, 2018; Haynos et al. 2016; Merwin et al. 2019) e guias informativos para os pacientes (Heffner et al. 2004; Sandoz & Dufrene, 2014; Lillis et al. 2014).

Esse modelo de intervenção entende que o sofrimento psicológico tem como uma das principais fontes o controle do comportamento por funções de estímulos derivados de relações estabelecidas verbalmente com outros estímulos (Blackledge & Drake, 2013). Essa concepção tem como base e influência as proposições da Teoria das Molduras Relacionais (em inglês RFT - Relational Frame Theory) (Hayes et al. 2001). Uma vez que houve validação experimental e empírica da RFT ocorreu refinamento conceitual da ACT (Barnes-Holmes et al. 2016). Zettle (2005) relata que a RFT contribui com a criação de novas técnicas clínicas e derivação de novos conjuntos de procedimentos e processos para a ACT, e que o desenvolvimento de ambos é melhor entendido como um processo de evolução em conjunto e influência mútua. Dessa forma, a princípio serão apresentados os pressupostos da RFT e suas relações com ACT e psicopatologia.

O princípio da teoria é que as palavras interagem entre si, com os ambientes e com outros tipos de comportamento, permitindo uma ampla possibilidade de contingências (Hayes et al. 2001; Stewart, 2016; Stewart & Roche, 2013). Wilson (2017) explica que com o decorrer da ontogênese, o indivíduo é inserido em uma comunidade verbal que irá fazer um treino de múltiplos exemplares, um ensino que visa promover a generalização da resposta fora do próprio procedimento de treino, ou seja, o surgimento de topografias não treinadas. Este treino é feito por meio da exposição a uma variedade de exemplos de relações entre estímulos, de modo que a instrução permita ao indivíduo empregar várias topografias de resposta que, por sua vez, auxiliam na aquisição de resposta apropriadas e promova habilidades verbais complexas. As propriedades dos estímulos (tamanho, cor, textura e peso)

vão variar conforme a comunidade verbal estabelece naturalmente as contingências de relação entre os estímulos (relações bidirecionais) e como irá consequenciar esse relacionar (Lipkens et al. 1993; Luciano et al. 2006). Hayes e colaboradores (2021) resumem: “eventos verbais são operantes relacionais”.

A aquisição desse operante relacional envolve o responder relacional, em que os papéis de um estímulo não são absolutos, mas dependem de outro estímulo. Há duas formas de o responder relacional, o primeiro é o Responder Relacional Não-Arbitrário (NARR) e o segundo é concebido como Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA). Os dois responder são de suma importância para o desenvolvimento de habilidades verbais complexas (Törneke, 2010). O trecho traduzido livremente abaixo explica o NARR:

Isso se refere a responder com base na relação física entre os estímulos. Com NARR, a resposta do organismo é baseada nas propriedades físicas dos estímulos, incluindo cor, altura, tamanho, etc. por exemplo, se você receber dois pratos de biscoitos, um dos quais contém cinco biscoitos e o outros dois biscoitos te perguntavam qual prato tinha mais – Você responderia dizendo o prato com cinco biscoitos. Isso ocorre porque você pode ver a relação física entre os estímulos e está baseando sua resposta nisso, e não em qualquer comunicação verbal fornecida a você. Este nível de resposta constitui a base de uma resposta muito mais complexa dentro do desenvolvimento humano. (Mulhern, 2022, p. 44).

E o trecho traduzido livremente da Teresa Mulhern apresentado abaixo explica o

RRAA:

Isso se refere a responder com base na relação entre estímulos que se baseia apenas em pistas contextuais e é uma forma abstrata de responder. Com RRAA, o relacionamento não é necessariamente aquele em que há uma relação física clara entre eles, mas é baseado apenas na sugestão contextual. Por exemplo, dentro da moeda do euro, embora uma moeda de 50 centavos seja fisicamente maior do que uma moeda de 1 euro em termos de diâmetro, uma peça de 1 euro vale mais do que uma moeda de 50 centavos – essa relação é arbitrária e não se baseia nas propriedades físicas. Portanto, se eu perguntasse qual moeda você preferiria, se você selecionasse a moeda de 1 euro, sua resposta seria um exemplo de AARR. Isso ocorre porque você baseou sua seleção na relação delineada entre esses estímulos que não era física, mas arbitrária ou abstrata. (Mulhern, 2022, p. 44)

A aquisição do operante RRAA leva ao desenvolvimento de classes de respostas relacionais que são chamadas de molduras relacionais. Essas molduras relacionais podem ser classificadas em diversas categorias: moldura de coordenação ("é igual", "o mesmo que"),

moldura de oposição ("diferente de", "contrário de", "não é o mesmo que"), molduras temporais ("antes/depois"), molduras causais ("se/então"), molduras comparativas ("melhor que", "mais bonito que"), molduras dêiticas (refere-se à perspectiva do observador como "eu/você", "aqui/lá"), molduras hierárquicas ("está contido em", "pertence a", "faz parte de") e molduras espaciais ("perto/longe"). Vários padrões de emoldurar relacional vão levar ao desenvolvimento linguístico e cognitivo do indivíduo (Sidman, 1971, Steele & Hayes, 1991; Barnes-Holmes et al. 2004; Dymond & Barnes, 1995; Gil et al. 2014; Barnes et al. 1997; O'Hora et al. 2005; McHugh et al. 2004).

Todas as formas de emoldurar são caracterizadas por três propriedades: implicação mútua, implicação combinatória e transformação de função. A primeira delas, a implicação mútua, refere-se a relações que possuem uma bidirecionalidade a partir da aprendizagem. É ensinado, por exemplo, que A é igual a B e A é igual a C. Logo depois é a implicação combinatória, que se refere à derivação de uma relação oriunda de duas relações anteriores que compartilham um de seus estímulos (se A é igual a B e A é igual a C, mesmo sem ter relacionado B e C o indivíduo presume que B é igual a C), ocorrendo assim o surgimento de uma relação não treinada. Essas duas propriedades são reguladas por dicas contextuais. A última propriedade, transformação de função, vai estabelecer que um estímulo pode mudar de função de acordo com um outro estímulo ao qual está relacionado, ou seja, é a propriedade pela qual as funções de um estímulo em uma relação podem mudar dependendo das funções de outros estímulos na relação (Stewart et al., 2013).

Depois de um extensivo treino de múltiplos exemplares, ocorre o estabelecimento de um controle contextual refinado, pode ser observado quando o indivíduo é capaz de responder a novos elementos (relação emergente/derivada, estímulos que não estiveram presentes na aprendizagem direta) e quando os estímulos em uma classe são substituíveis entre si. Imediatamente, as palavras vão adquirir novas funções sem que seja necessária a

exposição direta a contingências por haver aspectos do contexto que regulam seus significados e também porque participavam de outras relações já aprendidas (Törneke, 2010).

Todos esses processos desempenham um papel no repertório do indivíduo, levando-o a enredar nos comportamentos privados (auto regra e pensamentos), na perda do contato flexível com reforçadores no ambiente natural e reduzindo a variação funcional saudável (Harris, 2009).

O Modelo de Compreensão da Patologia Comportamental da ACT

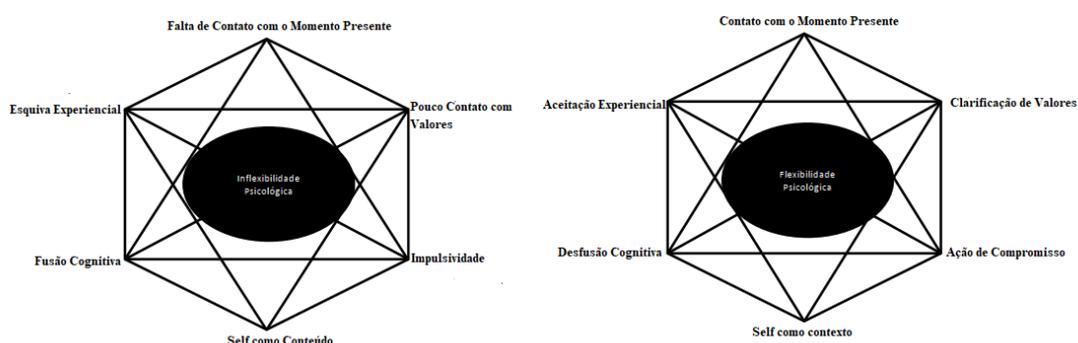
O modelo de intervenção da ACT leva em consideração a formulação de patologia do comportamento pode ser compreendida através do Hexagrama de Flexibilidade Psicológica ou “Hexaflex” (um modelo de intervenção, saúde e patologia), que é uma ferramenta que propõe uma avaliação entre dois polos: Flexibilidade e Inflexibilidade Psicológica. A Flexibilidade Psicológica (condição saudável) composta por seis processos: Aceitação Experiencial, Desfusão Cognitiva, Self como Contexto, Contato com o Momento Presente, Clarificação de Valores e Ação de Compromisso. Enquanto a Inflexibilidade Psicológica (condição de sofrimento psicológico) é composta por outros seis processos: Esquiva Experiencial, Fusão Cognitiva, Self Conteúdo, Falta de Contato com o Momento Presente, Pouco Contato com Valores e Impulsividade (Luoma et al. 2007). Esses processos constituem o objetivo central do modelo de intervenção para a psicopatologia (Figura 2).

Kovac (2018) explica que origem da psicopatologia e do sofrimento humano estaria nos processos relacionados à inflexibilidade psicológica, (1) Esquiva Experiencial é a tentativa de controlar a frequência ou a sensibilidade situacional das experiências internas (sentimentos, pensamentos e memórias), mesmo quando tal controle é prejudicial para o indivíduo; (2) Fusão Cognitiva é a tendência de ser controlado por aquilo que está pensando, de modo que o pensamento predomina sob outras formas de se comportar mais adaptáveis; (3) Falta de Contato com o Momento Presente, déficit de discriminação do próprio comportamento no

momento presente e dominância de conceitos relacionados ao passado e futuro; (4) Apego ao Self como conteúdo, como a pessoa se nomeia com base nas experiências de vida e sua relação com rótulos descritos pela comunidade verbal; (5) Pouco Contato com Valores, falta de repertório para identificar e falar a si mesmo quais são as direções que pretende seguir na vida; (06) Impulsividade, responder às consequências reforçadoras de curto prazo, principalmente orientados pela satisfação ou alívio imediato. O reverso é descrito como: (1) Aceitação Experiencial é a capacidade de assentir qualquer experiência privada; (2) Desfusão Cognitiva, capacidade de tratar todos os pensamentos sem ser uma verdade literal; (3) Contato com o Momento Presente é emitir pensamentos e emoções de forma fluida e flexível; (4) Self como Contexto é um processo de compreensão de que contingências conflitantes evocam diversos padrões de respostas diferentes, isto é, o indivíduo não é apenas o que chama de “eu”, mas a perspectiva única durante todo o contexto; (5) Clarificação de Valores, construções verbais escolhidas pelo indivíduo como sendo significativas; (6) Ação de Compromisso é a emissão de respostas condizentes com os valores escolhidos.

Figura 1

Hexaflex



Para percorrer o caminho entre a inflexibilidade e a flexibilidade, a ACT recorre a técnicas e procedimentos (exercícios experienciais ligados aos seis processos, uso de metáforas e de histórias, da clarificação e construção de valores) que auxiliam o paciente a desenvolver repertório para conseguir discriminar entre os eventos privados e eventos

públicos do dia-a-dia (Alvarenga, Figueiredo, Timerman & Antonaccio, 2019). Uma dessas ferramentas é a Entrevista Experiencial de Diagnóstico Funcional Hexaflex (Wilson e DuFrene, 2008), criada como um modelo unificado para uma análise transdiagnóstica do sofrimento apresentado pelo cliente, conseguindo mostrar as relações funcionais entre o comportamento e o ambiente com o qual o cliente interage. Em vista disso, é feita uma análise de contingências que irá identificar as variáveis mantenedoras do comportamento e em quais ambientes os comportamentos apresentados pelo cliente ocorrem, tal como, quais benefícios e malefícios a curto, a médio ou longo prazo estes estão gerando para o cliente. São agrupados alguns conjuntos de análises de contingências sob as categorias de processos de inflexibilidade/flexibilidade. Para ilustrar, alguns padrões de esquiva são colocados nas categorias da Esquiva Experiencial e Falta de Contato com o Momento Presente, outros padrões que estão relacionados com o controle instrucional são colocados na Fusão Cognitiva e Self Conceitual (Hayes et al. 2021; Hayes et al. 2022; Saban et al. 2015).

As divisões dos processos de inflexibilidade psicológica são divisões didáticas do fluxo comportamental, pois em todo episódio comportamental os seis processos acontecem simultaneamente. A interação com o ambiente é variada e o efeito da história de reforçamento permite que diferentes padrões de comportamento aprendidos podem acabar por se tornar inflexíveis (Dixon et al. 2023).

Características do Hexaflex Possivelmente Aplicáveis aos Transtornos Alimentares

Poubel e Rodrigues (2019) apresentaram uma análise das contingências históricas e mantenedoras da bulimia nervosa. Eles observam que os episódios de compulsão alimentar servem como mecanismos de reforçamento negativo temporariamente eficazes cuja função é suprimir, negar ou mitigar emoções. Como temporariamente essas estratégias dão resultados reforçadores, a pessoa as repete, e esse processo impede que o indivíduo desenvolva estratégias mais adaptativas de regulação emocional. Já o uso recorrente de comportamentos

compensatórios inadequados tem a função de prevenir o aumento de peso, e são mantidos por reforçamento negativo pela fuga ou esquiva de punição social. Ou seja, a pessoa toma laxantes ou induz vômitos ou vai na academia habitualmente após o comer compulsivo para não alterar tanto seu corpo, evitando, dessa forma, ser rejeitada ou criticada pela aparência. Todo esse padrão reforça o controle verbal dos comportamentos privados e simbólicos que podem ser agrupados na classe de respostas “medo de engordar”. Ademais, é possível ocorrer o reforçamento da moldura de coordenação entre diversão, comemoração e alimentação ao mesmo tempo que há o pareamento de estímulos naturais (alimento) a estímulos aversivos como rejeição por obesidade (ganho de peso, obesidade, gordura) e chacota (punição social).

Devido esse pareamento que caracteriza os processos do pensamento humano, estímulos diferentes adquirem simbolicamente o mesmo significado, ou seja, controlam o comportamento do indivíduo com a mesma função. O processo de fusão cognitiva se dá na transferência das funções do evento para o símbolo usado para descrever o evento, o que significa que as funções de eventos são intercambiáveis. No caso de alguém que passou por um evento de “gordofobia”, por exemplo, um relato do evento entra em coordenação com o próprio evento e, assim, as funções negativas deste último se transferirão para o relato. Assim, uma pessoa pode pensar “estou gordo”, fusionando-se com o conteúdo deste pensamento e viver esse pensamento como uma questão de identidade, não como um pensamento. Em conjunto haverá o processo de Esquiva Experiencial, no qual respostas de tentativa de controle pela supressão ou eliminação de experiências internas são percebidas como angustiantes. Uma pessoa passa a fazer coisas para não sentir certas experiências internas que são verbalmente governadas e deixa de se expor a situações de vida que podem implicar na produção destas experiências. Esses dois processos se correlacionam e acabam se retroalimentando (Hayes, 2020).

Na medida que a pessoa fusiona com este mundo verbal e se esquivava de experiências internas, perde-se o contato com as experiências cotidianas e as contingências do presente. A Falta de Contato com o Momento Presente leva a preocupações futuras e a dores do passado, gerando o aumento da frequência de eventos privados aversivos e a insensibilidade às contingências. O Self como Conteúdo é desenvolvido a partir da narrativa que a pessoa constrói sobre si (“Eu sou gordo”, por exemplo) e a fusão com esta história dificulta que a pessoa experimente outras perspectivas de Self. Assim, o Self como Conteúdo traz rigidez comportamental, pois a pessoa se esforça para rejeitar ou evitar qualquer experiência que estaria em contradição com a sua narrativa. A pessoa então deixa de se expor às situações de vida que podem, talvez, produzir reforçadores positivos e aqueles que já estão presentes sofrem uma redução da densidade. Dessa forma, emerge como resultado a ausência de elementos significativos na vida (Falta de Contato com Valores). E o padrão de comportamento impulsivo é sustentado pelas consequências reforçadoras automáticas de curto prazo, ainda que haja consequências aversivas de longo prazo (Biglan et al. 2008).

Uma ferramenta complementar utilizada em auxílio com os procedimentos é apresentada por Polk e Schoendorff (2014) com o nome de Matrix, trata-se de um diagrama interativo (Figura 3) no qual são desenhadas duas linhas que se cruzam, uma vertical e outra horizontal, formando quatro quadrantes. Na parte superior da linha vertical escreve-se “Experiência dos Sentidos” (eventos públicos) e na inferior “Experiência da Mente” (eventos privados). Na linha horizontal, na parte da esquerda se escreve “Afastamento” e da direita “Aproximação”. O objetivo dessa ferramenta é transformar as funções dos eventos, psicológicos do paciente por meio de atividades. Uma dessas atividades terá como propósito especificar experiências e comportamentos nos quatro quadrantes formados e ensiná-lo por um processo de treinamento de múltiplos exemplares (utilização de diferentes perguntas para orientar o paciente em todo o diagrama) entrar em contato com as diferenças das próprias

experiências e comportamentos. Durante esse momento o terapeuta gera um contexto para auxiliar o indivíduo a identificar as molduras relacionais em cada um dos quadrantes. Assim o indivíduo consegue ficar sob controle das variáveis que controlam o responder, mesmo quando descreve topografias.

A Matrix evidencia as interações entre comportamentos-alvo e contextos que influenciam esses comportamentos. O terapeuta ajuda o indivíduo a identificar seus valores pessoais, bem como os comportamentos que estão impedindo-o de alcançá-los. Ela é preenchida com exemplos concretos de experiências que o indivíduo vivencia, a fim de identificar padrões disfuncionais de comportamento e desenvolver estratégias para modificar esses padrões. Os comportamentos-alvo são listados em uma coluna vertical e os contextos são listados em uma linha horizontal, cada área da Matrix representa uma interação entre um comportamento-alvo e um contexto específico. Em seguida, trabalha com o indivíduo para identificar quais comportamentos estão alinhados com seus valores e quais comportamentos estão impedindo-o de alcançá-los. Uma vez identificados os comportamentos que estão impedindo de alcançar os valores, o terapeuta ajuda o indivíduo a desenvolver estratégias para aumentar sua flexibilidade e se afastar dos comportamentos disfuncionais (Polk et al. 2020).

Figura 2

Matrix (Polk & Schoendorff)



Por meio deste modelo, o comportamento humano pode ser descrito a partir de um contínuo em relação a cada um desses processos representados pelo Hexaflex, e o objetivo da Terapia ACT será a busca da Flexibilidade Psicológica a partir do aumento de repertórios comportamentais da pessoa, concentrando-se em cada um dos processos representados (Hayes & Ciarrochi, 2015).

Como Captar Processos Relacionais

Os processos citados de responder relacional podem ser mensurados por uma metodologia nomeada de Implicit Relational Assessment Procedure- IRAP (Barnes-Holmes et al. 2010), um procedimento metodológico computadorizado que compartilha raízes teóricas com a RFT e ACT (Hussey et al. 2015). De acordo Barnes-Holmes et al (2018), a função do IRAP é “medir a probabilidade de padrões específicos de responde relacional, sobretudo padrões que ocorrem frequentemente no ambiente natural”. Parte da literatura psicológica tem se referido a esses padrões com o termo “atitude implícita”. Os autores afirmam que “a pesquisa com o IRAP rapidamente se tornou dominada por estudos focados nas chamadas atitudes implícitas”, tornando o instrumento uma forma de medir a fusão entre os termos nele utilizados. As atitudes implícitas são definidas como avaliações que ocorrem sem uma percepção consciente em relação a um contexto ou a si mesmo, podendo ser favoráveis ou desfavoráveis e surgindo de várias influências na experiência individual (ontogenética) e cultural (Devos, 2008).

O IRAP se constitui de um programa de computador que mede a latência de resposta a dadas relações entre estímulos, selecionadas para a avaliação. Na tela do computador há uma instrução que pedirá aos participantes que confirmem ou neguem uma crença ou atitude específica (uma relação), sempre respondendo a uma relação entre um estímulo modelo e um estímulo alvo. O pesquisador seleciona duas molduras relacionais, denominadas neste contexto como “estímulos” (na maioria das pesquisas as molduras relacionais utilizadas são

as de coordenação e oposição), para que os participantes possam responder a elas de uma maneira consistente ou inconsistente com as relações verbais estabelecidas pelo avaliador. Os participantes recebem um feedback contingente à resposta, havendo sempre uma randomização dos estímulos, isto é, cada estímulo é apresentado em ordem aleatória entre os blocos de consistência e inconsistência (Barnes-Holmes et al. 2010).

Barnes-Holmes et al. (2010) relatam que os resultados são encontrados nas diferenças da latência de resposta entre os dois tipos de bloco quando comparadas. Entende-se que a partir da história de vida dos participantes as respostas relacionais devem ser mais rápidas e mais precisas para os blocos consistentes em vez dos inconsistentes. Isto é, os blocos de consistência vão representar o padrão de resposta que foi mais frequentemente reforçado e o bloco inconsistente são as respostas relacionais mais prováveis de serem punidas do que reforçadas na comunidade verbal. A título de exemplo, um bloco consistente tem o estímulo modelo macarrão apresentado no topo da tela e o estímulo alvo queijo aparece ao centro, enquanto no bloco inconsistente é mantido o estímulo modelo e muda o estímulo alvo para um pneu de carro. Além disso, os participantes têm duas opções de respostas nos cantos inferiores que especificam as relações particulares entre o estímulo modelo e os estímulos alvo, como Verdadeiro e Falso. Neste exemplo, as relações mais prováveis de terem sido reforçadas diferencialmente pela comunidade verbal é macarrão-queijo do que macarrão-pneu de carro.

É estabelecido um tempo limite para que as respostas “Verdadeiro” ou “Falso” ocorram para cada relação proposta (geralmente entre 2000 ms e 2500 ms.), e considera-se que as latências médias serão mais rápidas para tentativas consistentes em relação às inconsistentes. A escolha dessa pressão de tempo acaba tendo uma justificativa neurofisiológica:

Para começar, a amígdala, especificamente a amígdala basolateral (ABL), recebe projeções de todos os sistemas sensoriais...Em geral, as informações sensoriais

oriundas de várias modalidades (olhos, ouvidos, pele...) correm em direção ao cérebro, alcançando a região cortical apropriada para seu processamento (córtex visual, auditivo, tátil...). Por exemplo, o córtex precisaria convocar camadas e mais camadas de neurônios para transformar os pixels da estimulação da retina em imagens reconhecíveis antes de poder gritar para a amígdala: “É uma arma! ”. Mas, de modo notável, certas informações sensoriais que entram no cérebro tomam um atalho, passando ao lado do córtex e indo direto para a amígdala. Dessa forma, ela pode ser informada sobre algo antes de o córtex ter a menor ideia do que está acontecendo. Mais que isso, graças à extrema excitabilidade dessa via, a amígdala pode responder a estímulos efêmeros ou fracos demais para serem notados pelo córtex. E as projeções que tomam esse atalho formam sinapses mais fortes e excitáveis na ABL do que no córtex, a excitação emocional intensifica o condicionamento. De forma crucial, ainda que a informação sensorial alcance a amígdala com rapidez por meio desse atalho, ela não é muito precisa (afinal de contas, precisão é a especialidade do córtex) (Sapolsky, 2021, p 46).

Kandel, Koester, Mack e Siegelbaum (2021) informam que a resposta

neurofisiológica à um estímulo ocorre em 12 ms em média na amígdala a partir da apresentação do estímulo, enquanto o córtex apresenta uma resposta em média em 2390 ms. Esses correlatos neurais demonstram como substratos selecionados filogeneticamente acabam auxiliando no surgimento, modificação e manutenção do responder relacional (Sturm et al. 2018; Schlund et al. 2008; Schlund et al. 2007). Os autores Kohlenberg e Tsai (2006) complementam ao relatar que “ o fortalecimento ou enfraquecimento de um comportamento ocorre em nível inconsciente, de um modo que a consciência ou os sentimentos não são necessários no processo”. Por esse motivo, pesquisadores de processos cognitivo acabam enxergando o IRAP como uma ferramenta para medir a probabilidade associativas entre os estímulos (Greenwald et al. 1998).

Portanto, é possível comparar padrões distintos de respostas relacionais e fornecer a probabilidade de ocorrência dessas contingências que levaram a uma aprendizagem específica. Esse alcance do IRAP é replicado em diversos estudos (Barnes-Holmes et al., 2010; McKenna et al, 2007; Power et al, 2009) e uma metanálise sugere que há uma boa validade nesses achados (Vahey et al. 2015). Recentemente, alguns estudos relataram sua utilidade como ferramenta para avaliação clínica (Carpenter et al. 2012; Hooper et al. 2010), principalmente em pesquisas clínicas que utilizam apenas questionários, já que é uma medida

mais precisa do responder relacional (Hughes et al., 2016). Kavanagh et al. (2019) argumentou que para evocar certas classes respostas pode exigir declarações-alvo mais complexas de redes relacionais e, portanto, desenvolveu o IRAP de linguagem natural (Natural Language-IRAP ou NL-IRAP) que visava reações tanto do 'eu' quanto do 'outro' a várias situações (eg. “Minha autoestima aumenta se alguém diz que estou bem”).

ACT no Manejo de Pacientes com Bulimia

Em suma, como em qualquer patologia do comportamento, na bulimia nervosa pode ser encontrada a inflexibilidade psicológica que irá envolver o domínio do controle aversivo em detrimento do controle apetitivo. Neste caso, isto significa, que o comer compulsivo e comportamentos a ele relacionados são fusionados com controle aversivo (Alvarenga et al. 2021). Entende-se a partir deste referencial que, ao invés de o terapeuta concentrar-se na mudança de pensamentos e emoções disfuncionais, pode ser mais útil em termos de predição e influência, o terapeuta agir como contexto para modificação das relações entre os pensamentos e emoções experienciados e o modo como elas comem, garantindo que as contingências positivas acompanhem a mudança dessas relações (Hayes, 2015).

Como já apontado, as evidências de intervenções baseadas nos princípios da ACT indicam efeitos positivos e duradouros no tratamento de diferentes problemas psicológicos. Quando se trata de Transtornos Alimentares ela é utilizada desde dos anos 2000 para transtornos específicos, como anorexia nervosa (Berman et al. 2009; Heffner et al. 2002). A literatura destaca evidências significativas de sua eficácia, embora não sejam exclusivamente focadas na bulimia nervosa (Lucena-Santos et al., 2024). Isto é, as evidências para o uso da ACT para a bulimia ainda são preliminares em comparação com outros transtornos alimentares (Anorexia Nervosa e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica), atualmente existindo 14 estudos sobre ACT para essa população. Isso inclui sete estudos de caso, três estudos-pilotos, dois estudos não randomizados com uma condição de controle e dois ensaios

clínicos randomizados. Em geral, os resultados são favoráveis para a ACT, mas são preliminares (Merwin & Moskovisch, 2024). Com o intuito de ampliar para uma maior parcela da população que tem Bulimia Nervosa, bem como viabilizar a integração dos tratamentos em serviços de saúde de atenção básica, tem-se investido na maximização dos benefícios da ACT por meio de intervenções breves. Sandoz et al. (2011) estruturam o tratamento para transtornos alimentares em três fases, exemplificando quais temas e estratégias podem compor a intervenção de 12 sessões.

Objetivos

Objetivo Geral

Investigar os efeitos de uma intervenção intensiva e breve, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) estruturada por Sandoz et al. (2011) em pessoas com bulimia nervosa. Verificar se há mudança significativa (estatística e clínica) nos níveis de sintomas de comer compulsivo e comportamento compensatório entre a linha de base (etapa 1), depois da intervenção (etapa 2).

Objetivos Específicos

- Avaliar os resultados de uma intervenção baseada em da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) estruturada por Sandoz et al. (2011).
- Enfraquecer o controle da fusão cognitiva que restringe o comportamento do paciente e fortalecer um repertório direcionado a valores
- Investigar os possíveis efeitos da intervenção sobre a insatisfação com a imagem corporal e frequência de comportamentos compensatório.
- Avaliar a mudança na esquiva experiencial e nas ações de compromisso dos participantes.

Hipóteses

As hipóteses a serem verificadas nesse estudo podem ser divididas a partir da

utilização da intervenção manualizada com os participantes e nos instrumentos que vão fazer as medidas indiretas (questionários) e diretas (NL-IRAP), como base em duas etapas (linha de base, após intervenção) da pesquisa.

A hipótese esperada é que os participantes apresentarão flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a linha de base (etapa 1) e na avaliação após a intervenção (etapa 2).

Método

Tipo de Estudo

Este estudo tem o método quantitativo, com delineamento de sujeito único com intervenção ACT, com duas etapas (antes, após intervenção) e sem grupo controle. Kazdin explica no trecho traduzido livremente o que é o delineamento de sujeito único:

O delineamento de sujeito único é um método de pesquisa que tem como objetivo medir o efeito de uma intervenção em um único sujeito. Ele permite que o pesquisador avalie o comportamento de um indivíduo ao longo do tempo, incluindo mudanças na frequência, duração e intensidade do comportamento (Kazdin, 2011, p. 2)

E o trecho traduzido livremente de Ledford, Gast e Siperstein (2019) complementa:

O delineamento de sujeito único é uma estratégia de pesquisa que envolve o estudo detalhado de um único caso ou um pequeno grupo de casos, com o objetivo de identificar os efeitos de uma intervenção específica. Esse método é particularmente útil em estudos de intervenção comportamental, pois permite que os pesquisadores examinem as mudanças de comportamento em resposta a uma intervenção manipulada experimentalmente (Ledford et al., 2019, p. 3).

Segundo Barlow, Nock e Hersen (2009) o funcionamento deste delineamento inicia-se com a operacionalização do comportamento a ser estudado (variável dependente) e a observação desse comportamento sem qualquer manipulação (linha de base), depois ocorre a introdução de possíveis variáveis independentes e o comportamento do sujeito é medido novamente. Ou seja, o comportamento do indivíduo é avaliado em duas etapas: uma de linha de base (etapa 1) e uma fase de intervenção (etapa 2). Vannest, Burns e Riley-Tillman (2019) vão relatar que “Esse método é particularmente útil em pesquisas em saúde mental, pois

permite que os pesquisadores avaliem a eficácia de uma intervenção em um nível individualizado.”

Dentro do contexto terapêutico há diversas variáveis ocorrendo na interação entre o pesquisador/terapeuta e participante/paciente. Dessa forma, para a seguinte pesquisa o pesquisador escolheu variáveis hipoteticamente relevantes na mudança para serem observadas, a aplicação do manual para determinada população e as medidas que vão indicar se ocorreu mudança comportamental em cada participante. Os níveis da intervenção são baseados na ACT, com a utilização do diagrama Matrix como ferramenta, ilustrações e exercícios experienciais para a modificação do comportamento. Já as etapas incluem os níveis: 1º) antes das intervenções (linha de base); 2º) logo após as intervenções. As variáveis dependentes consistem nas medidas indiretas e diretas da flexibilidade psicológica (avaliada pelos seus subcomponentes: esQUIVA experiencial, valores de vida, fusão cognitiva) e compulsão alimentar. Portanto, este é um estudo pré-experimental com comparações intrassujeito.

Local

As etapas 1, 2 e 3 da pesquisa vão ser realizadas na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, no Instituto Par – Ciências do Comportamento, situado à: Rua Bartira, 1294 - Perdizes, São Paulo - SP, 05009-000

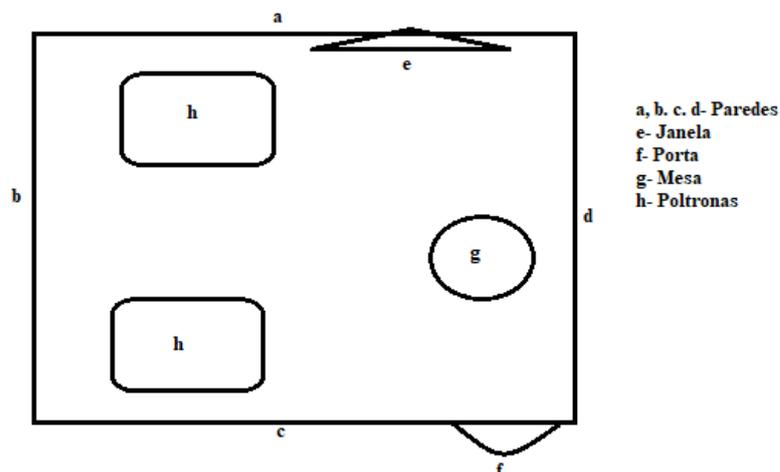
Essa instituição é uma é uma organização sem fins lucrativos que visa a formação de alta qualidade no âmbito das Ciências do Comportamento e o desenvolvimento de tecnologias comportamentais que possam ser aplicadas a diversas demandas sociais. Voltado à pesquisa e ao ensino da Análise do Comportamento, desde 2005, o Instituto Par atua buscando soluções para problemas relacionados ao comportamento humano por meio de estudos, do desenvolvimento de tecnologias e suas aplicações em variados contextos. Sendo um centro de pesquisa e ensino, o Paradigma atua nos seguintes campos: (1) Produção de

conhecimento e tecnologia em Análise do Comportamento e (2) Formação e atualização da prática de profissionais das áreas de Saúde, Educação, Desenvolvimento pessoal e profissional, Organizações e Esporte.

As sessões de intervenção do programa vão ser realizadas em uma sala reservada para atendimentos individuais (Figura 8), na clínica-escola da Instituição. Com aproximadamente 12 m², a sala contém 4 paredes, uma porta para entrada/saída e uma janela. Em seu interior há duas poltronas e uma mesa.

Figura 3

Diagrama da Sala para Atendimentos Individuais da Clínica-Escola



Participantes

Os 5 participantes serão recrutados a partir de divulgação nos meios de comunicação local (folhetos) e em rede social (Facebook/Instagram). No folheto de divulgação constará uma breve explicação da pesquisa e a quantidade de vagas disponíveis (Apêndice A). Aqueles que entrarem em contato serão convocados para uma entrevista clínica individual (Apêndice B), estruturada pelo pesquisador com base nos critérios do DSM-5 TR que acontecerá no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Os participantes que preencherem os critérios de inclusão serão convidados a participar do estudo e serão esclarecidos sobre a pesquisa com base no Termo de Consentimento Livre

Esclarecido (TCLE- Apêndice C) e logo em seguida será realizada a aplicação dos instrumentos (etapa 1)

Critérios de inclusão: ser brasileiro, com idade entre 18 e 59 anos, com ensino médio completo, ter diagnóstico de Bulimia Nervosa fornecido por um psiquiatra nos últimos três meses e ter disponibilidade para frequentar a intervenção presencialmente por 12 semanas consecutivas.

Critério de exclusão: presença de qualquer outro psicodiagnóstico além do requisitado para participar.

Materiais e Instrumentos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) aborda informações importantes para o andamento da pesquisa, de fácil entendimento, deixando claro ao indivíduo da pesquisa os riscos, procedimentos que serão realizados e possíveis benefícios, assim como seus direitos como participantes. Como complemento para pesquisa serão utilizados um computador da marca Dell Série Inspiron com o tamanho da tela 15.6 Polegadas, que estará equipado com software NL-IRAP. Também serão utilizados materiais de papelaria, como: lápis, canetas, lápis de cor, papel sulfite, usados nas sessões de intervenção. Entrevista Estruturada (Apêndice B): entrevista elaborada pelo pesquisador solicitando informações pessoais, do familiar e sobre a disponibilidade para participação.

A seguir serão apresentados os instrumentos utilizados para medir diretamente e indiretamente as variáveis já descritas:

Natural Language Implicit Relational Assessment Procedure (NL-IRAP)

O NL-IRAP (Barnes-Holmes et al, 2010) é apresentado em um computador pessoal e o software está disponível para download no site <https://go-rft.com/go-irap/>. Foi utilizada a

versão do programa denominada GO-IRAP. O software GO-IRAP controla a apresentação de instruções e estímulos e o registro das respostas dos participantes.

Entrevista Experiencial de Diagnóstico Funcional Hexaflex

Traduzido do inglês, *Hexaflex Functional Diagnostic Experiential Interview – HFDEI* (Wilson e DuFrene, 2008) – (Anexo 1). É uma entrevista de noventa minutos que tem por objetivo avaliar o funcionamento em dimensões clinicamente relevantes para o tratamento. Baseada na ACT, a HFDEI contempla os seguintes processos: (1) esquiva experiencial; (2) fusão cognitiva; (3) predominância da atenção no passado ou no futuro; (4) fusão com o self conceitual; (5) valores difusos, restritos ou ausentes; e (6) inércia, impulsividade e predominância da esquiva. Durante a entrevista, o terapeuta faz uma série de perguntas (eg., Como você lida com as emoções difíceis? Que tipo de pensamentos ou sentimentos costumam atrapalhar sua vida? Como você se sente quando está observando seus pensamentos e emoções?) para avaliar como o paciente está se relacionando com cada um desses processos e identificar quais áreas precisam ser trabalhadas para ajudar o paciente a alcançar seus objetivos terapêuticos. Para cada processo é atribuído um número como estimativa geral de funcionamento de 1 (baixo funcionamento) a 5 (alto funcionamento), para atribuir a estimativa geral de funcionamento, o terapeuta avalia as respostas do paciente a cada uma das perguntas relacionadas aos seis processos. Por exemplo, se o paciente demonstrar uma boa habilidade de aceitação e contato com o momento presente, e estiver agindo de acordo com seus valores, mas ainda estiver lutando com pensamentos difíceis que o impedem de agir de acordo com seus valores, o terapeuta pode atribuir uma pontuação mais alta para aceitação, contato com o momento presente e valores, mas uma pontuação mais baixa para desfusão e ação. A entrevista pode ajudar a estabelecer metas específicas e informar o planejamento do tratamento.

Questionário de Aceitação e Ação do Craving por Comida

Traduzido do inglês, *Food Craving Acceptance and Action Questionnaire – FAAQ* (Juarascio et al, 2011, com adaptação brasileira feita Lucena-Santos et al 2014) – (Anexo 2): é um questionário de dez itens e objetiva mensurar a esquivas experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala Likert de seis pontos, na qual 1 corresponde a "quase nunca verdadeira" e 6 a "sempre verdadeira".

Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal

Traduzido do inglês, *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire – BI-AAQ* (Sandoz et al., 2013, com tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira & Pinto Gouveia, 2015) – (Anexo 3): é uma medida de autorrelato de 12 itens projetada para avaliar flexibilidade psicológica específica da imagem corporal. A escala mede até que ponto alguém está ligado com o rótulo de uma imagem corporal, o grau em que se evita ou é afetado por problemas psicológicos relacionados à esta imagem corporal.

Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal

Traduzido do inglês, *Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image – CFQ-BI* (Ferreira et al, 2015; versão brasileira Lucena-Santos et al, 2015) – (Anexo 4): visa avaliar especificamente o processo de fusão cognitiva referente à imagem corporal através de 10 itens. A escala mede até que ponto alguém está fusionado com o rótulo de imagem corporal, o grau em que regras, julgamentos e histórias acabam afetando na inflexibilidade psicológica.

Questionário de Valores de Vida

Traduzido do inglês, *Valued Living Questionnaire–2 – VLQ* (Wilson, Sandoz & Kitchens, 2010, com tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, Pinto-Gouveia, 2015) – (Anexo 5): tem o objetivo de mensurar a importância que o indivíduo dá para diferentes domínios da sua vida e quão condizentes com esses valores estão as suas ações. O instrumento, composto por 20 itens, contempla 10 domínios de valores e avalia

tanto a importância que cada domínio exerce na vida da pessoa quanto o seu engajamento (consistência das ações) em ações condizentes com os domínios valorizados.

Cartão Diário

O Cartão Diário (Sandoz et al, 2011) – (Anexo 6) é o registro dos episódios de comer compulsivo, quanto à sua intensidade (numa escala de 0 a 10), e as circunstâncias e ações frente ao comer compulsivo (onde o participante estava, com quem estava, o que estava fazendo, pensando e sentindo e se houve comportamento compensatório após o comer compulsivamente). Essa ferramenta de auto relato é dividida em dia da semana e horários, servindo como medição de frequência, intensidade e contextos em que ocorre o comportamento. O cartão diário será preenchido pelo participante em todos os dias da semana e horários em que ocorrerem episódios de comer compulsivo, durante todo o período de tratamento, que consiste em atendimentos semanais de terapia.

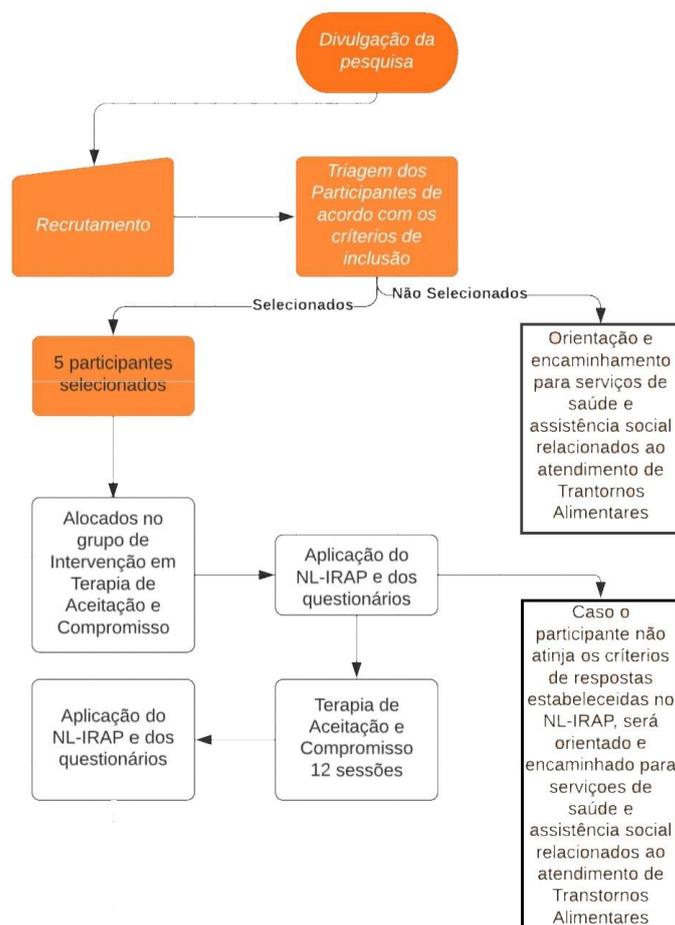
Procedimentos

Coleta de dados

A representação gráfica das etapas do trabalho pode ser observada na representação do fluxograma (Figura 9). Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, serão feitas divulgações convocatórias por folhetos e redes sociais. Os interessados em participar da pesquisa, serão recrutados para uma entrevista de triagem. Essa entrevista será realizada no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento pelo pesquisador. Na entrevista de triagem, os interessados serão informados sobre a pesquisa sobre seus direitos enquanto participantes.

Figura 4

Fluxograma



Os triados serão aqueles que receberam o diagnóstico feito por psiquiatra, e a entrevista de triagem tem a função de avaliar critérios de inclusão e exclusão determinados pela pesquisa. Aqueles interessados que contemplarem os critérios de exclusão serão encaminhados ou orientados a serviços de saúde para que possam ter a atenção adequada. Os interessados que contemplarem os critérios de inclusão serão chamados para iniciar a coleta de dados.

Os 5 participantes serão convocados para a aplicação dos instrumentos e leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Durante a aplicação do NL-IRAP na linha de base, se um ou mais dos cinco participantes não atingirem os critérios de respostas (80% de

precisão e 2000 ms a latência média), serão encaminhados para serviços de saúde para que possam oferecer atenção adequada e substituídos por novos participantes. Após tal processo, a terapia de intervenção com a modalidade ACT será iniciada com planejamento de ser feita no mesmo local, semanalmente, por 12 sessões, sendo que cada sessão terá uma duração de 60 minutos (Sandoz, Wilson & Dufrene, 2011)

Os questionários e o NL-IRAP serão aplicados em duas etapas: Avaliação Pré-intervenção (Etapa 1), Avaliação Pós-intervenção (Etapa 2). A coleta será após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Etapa 1 – Avaliação Pré-Intervenção

Os participantes passarão individualmente pela aplicação dos questionários e do Natural Language IRAP (NL-IRAP). Primeiro os participantes responderão aos questionários e logo em seguida serão encaminhados para a aplicação do NL-IRAP.

Sobre a aplicação do NL-IRAP: será apresentado para os participantes, uma tela com instruções: “Nesta tarefa serão apresentadas uma frase no centro da tela. Nos cantos inferiores esquerdo e direito você irá encontrar as opções “VERDADEIRO” ou “FALSO”, que vão mudar de lugar com o passar das tentativas. Para escolher a opção da direita pressione "k" e para escolher a opção da esquerda pressione "d". Se você acertar, a tela será limpa e a próxima frase aparecerá, se você errar, será apresentado um X. Só será possível continuar com as próximas tentativas após selecionar a opção correta. Não se preocupe, com o tempo você irá se habituar com o programa e ficará mais fácil responder mais rapidamente a cada tentativa” (Hughes et al 2011)

Em seguida o participante será convidado pelo pesquisador a tirar dúvidas antes do início da aplicação. Em caso de dúvida será apresentada uma folha de papel semelhante com a tela apresentada no NL-IRAP e exemplo do funcionamento do procedimento (Apêndice D), O pesquisador lerá as instruções junto com o participante e exemplificará na folha de papel a

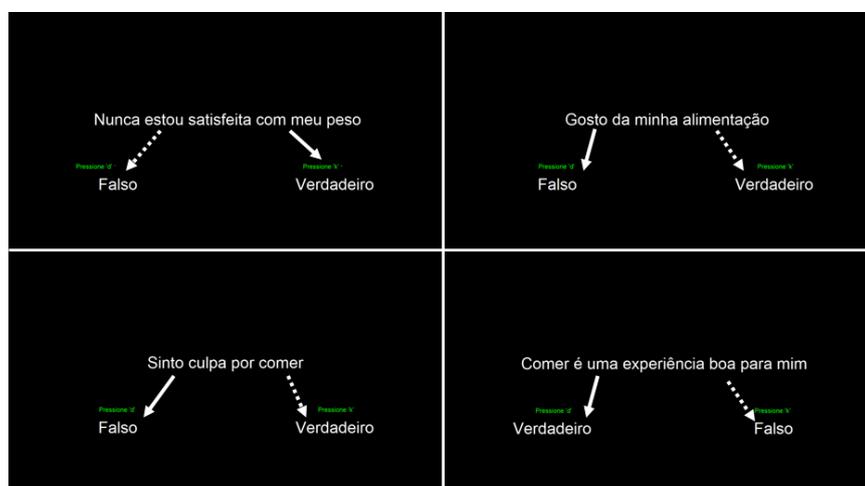
aplicação. Então o pesquisador verificará se o participante ainda tem alguma dúvida. Caso não tenha mais dúvidas, somente então, o participante iniciará as tarefas do software. A aplicação do NL-IRAP conta com dois blocos de treino para o participante e quatro blocos de avaliação. Os blocos de consistência são programados com as relações verbais existentes nas falas de cada participante, essas falas vão ser extraídas dos participantes durante a triagem. Enquanto os blocos de inconsistência são programados com as frases menos prováveis de existirem no histórico de vida do participante

Todas as tarefas do NL-IRAP apresentam as frases na tela do computador como mostra os quadros na Figura 5. No centro da tela as frases são apresentadas Na parte inferior direita e esquerda da tela, serão apresentadas duas opções de resposta: "Verdadeiro" ou "Falso". A posição das opções de respostas é determinada aleatoriamente pelo programa a cada tentativa. Quando o participante emitir uma resposta designada como correta durante a tentativa, os estímulos vão ser removidos da tela em um intervalo de 400 ms para exibição e início da próxima tentativa. As frases são apresentadas e organizadas em blocos de 24 tentativas, com doze frases apresentadas duas vezes em ordem aleatória, 6 frases consistentes com a história de vida do participante e 6 frases inconsistentes com a história de vida do participante. Para fins ilustrativos, considere as duas afirmações a seguir como exemplos do bloco de consistência “Me olho no espelho e sinto nojo” e “Sinto que perdi o controle sobre a comida”, enquanto essas duas afirmações para o bloco de inconsistência “Adoro meu corpo exatamente como ele é” e “Comer é uma experiência agradável para mim”

Um feedback sobre a precisão e o tempo de resposta será apresentado na tela do computador ao participante ao final de cada bloco de teste. O critério de acertos para avançar para o bloco seguinte é de 80% de precisão e 2000 ms a latência média.

Figura 5

Exemplos de Quatro Tipos de Tentativas Empregadas no NL-IRAP



Nota. A coluna de cima exemplifica os blocos de consistência, e a coluna de baixo os blocos de inconsistência. As retas contínuas indicam respostas consideradas corretas de cada bloco, enquanto as retas tracejadas indicam as respostas consideradas incorretas para cada bloco.

Intervenção

O protocolo de intervenção é baseado no protocolo Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia (Sandoz et al., 2011). Os autores dividem em 3 fases o tratamento de transtorno alimentar: a primeira fase é “Escolhendo as direções” (sessões 1 até a 4). A fase seguinte é nomeada de “Promovendo Flexibilidade na Terapia” (sessões 5 a 8) e a última fase é chamada de “Levando a Flexibilidade para a Vida Diária” (Sessões 9 até a 12). A Figura 11 ilustra a intervenção a ser realizada.

A sessão 1 tem o propósito de apresentar o terapeuta, acolher a queixa de bulimia nervosa e descrever regras e objetivos dos atendimentos em ACT. As sessões 2 e 3 trazem a ferramenta Entrevista Experiencial de Diagnostico Funcional Hexaflex com o objetivo de fazer uma Análise de Contingências do comportamento alvo diante de aversivos junto com o participante. Nessas sessões o pesquisador explora as áreas da vida que são valorizadas pelo

participante e como ele está se relacionando com essas áreas no momento. O pesquisador conduz o participante através de perguntas sobre possibilidade, importância, ação e satisfação com a ação em cada área da vida. Durante essas atividades, podem surgir processos de inflexibilidade psicológica, como a esquiva experiencial, fusão cognitiva e dificuldades com o momento presente. O pesquisador intervém conforme necessário para ajudar o participante a lidar com esses processos, ao incentivar o deixar de lado a necessidade de perfeição nas respostas, confiar em sua própria experiência e trazer respostas autênticas. O pesquisador atua como um guia, ao permitir que o participante permaneça dentro das perguntas e observe suas experiências. Quando a inflexibilidade psicológica é observada, ela é documentada como dados para serem discutidos durante a entrevista que segue nas sessões.

A sessão 4 nesta mesma sessão ocorre uma psicoeducação relacionada aos sintomas da bulimia nervosa, com um linguajar acessível, mas operacionalizado e contextualizado das características do transtorno. O pesquisador convida o participante a se comprometer com o trabalho proposto, e reafirma o compromisso do terapeuta em apoiar os valores escolhidos pelo participante. O terapeuta garante que o cliente compreenda a natureza do trabalho e reitera a liberdade de desistir a qualquer momento.

As sessões 5 e 6 vão ter a utilização da Matrix, com o tema de desenvolver atenção e consciência às experiências. O objetivo é o pesquisador saber como o participante consegue responder e discriminar o fluxo de experiências (sensoriais, pensamentos e emocionais) e o fluxo de variáveis que vão alterando o comportamento em determinado contexto, ou seja, experiências aversivas e reforçadoras. Com a Matrix é possível estabelecer as condições para o participante manifestar inflexibilidades em seu repertório que estão impactando sua busca por valores, ou a falta dela. O objetivo não é necessariamente que o participante consiga descrever a esquiva experiencial ou a fusão cognitiva, mas sim que seja capaz de articular a relação entre sua inflexibilidade e sua busca por seu valor escolhido. É simplesmente que o

participante traga foco no momento presente para suas inflexibilidades e os custos que elas podem ter na psicoterapia e na vida.

Na sessão 7 o pesquisador irá auxiliar para que o participante discrimine possibilidades de comportamentos alternativos e reforçara aproximações sucessivas. Nesta sessão o pesquisador começa a moldar a flexibilidade com qualquer conteúdo que foi introduzido na sessão ou nas anteriores.

Na sessão 8 será utilizada uma ilustração (Apêndice E) com a função de aumentar a frequência de respostas de aproximação aos reforçadores positivos que o participante já consegue estar sob o controle. A ilustração também auxilia o participante a estar sob controle da diferença entre valores e objetivos. Após um exercício como este, o pesquisador começa com uma pergunta ampla (e.g., "O que você notou?") e sondar detalhes relacionados à notação de flexibilidade e inflexibilidade conforme necessário (e.g., "Isso pareceu difícil. Por quanto tempo você conseguiu refletir com isso?" ou "Você conseguiu voltar para o que é valoroso?"). O segundo objetivo durante o processamento deste exercício é reforçar a experiência do participante em contato com os valores.

Na sessão 9 é feito o exercício para desenvolver esclarecimento de valores, ao mesmo tempo o pesquisador solicita reflexão sobre o processo terapêutico. Durante essa sessão serão abordados os domínios importantes da vida escolhidos pelo participante, como: trabalho/educação, lazer, relacionamentos e crescimento pessoal/saúde. A sessão é encerrada ao reafirma o compromisso com o trabalho psicoterapêutico.

Nas sessões 10, 11 e 12 será elaborada uma análise em conjunto com o participante em relação aos valores e a manutenção dos novos repertórios. A sessão 10 começa com uma reflexão sobre o propósito do trabalho terapêutico até o momento, logo depois é incentivado o participante a identificar situações específicas em sua vida onde ela pode agir de acordo com seus valores. Na sessão 11, o participante é encorajado a partir de um exercício a

escolher ações de diferentes tamanhos que possam contribuir para seu progresso. Neste exercício o participante escreve em pequenos papéis ações pequenas, médias e grandes que poderia realizar para fortalecer repertórios e manter contingências positivas. A sessão 12 começa com uma reflexão sobre o progresso feito desde o início do tratamento. O pesquisador orienta o participante a olhar para o futuro e encarar o término como uma transição para continuar o trabalho de forma independente.

Figura 6

Objetivos das Sessões do Programa de Intervenção em ACT

| Sessão | Objetivo |
|--|---|
| Escolhendo as direções | |
| 1.Planejamento de tratamento e avaliação | Apresentação do terapeuta, entrega do cartão diário, descrição das regras e objetivos da terapia e formulação de caso |
| 2.Entrevista Experiencial de Diagnostico Funcional Hexaflex | Análise de Contingências: identificação da história de vida, situação atual, medicamentos e problemas de saúde. |
| 3. Continuidade da Entrevista Experiencial de Diagnostico Funcional Hexaflex | Análise de Contingências: identificar excessos, déficits e potencialidades de repertorio |
| 4.Reconhecimento e expectativa trabalhada com a antecipação de mudança | Psicoeducação sobre a Bulimia Nervosa e refletir sobre o comportamento problema |
| Promovendo Flexibilidade na Terapia | |
| 5.Comprometimento com o presente e moldando o foco do momento presente | Descrever contingências e identificar elos problemáticos (identificar função, topografia e variáveis que controlam o comportamento) Evocar respostas de descrição de contingência |
| 6.Iniciação do contato com conteúdo aversivo e percepção da inflexibilidade | Refletir sobre comportamento compulsivo e compensatório (reforçar aproximações sucessivas de descrição das relações comportamento-ambiente) Solicitar descrição de comportamentos privados e reforçar tais descrições Evocar comportamentos desejáveis (responder diferencialmente ao comportamento problema) |
| 7.Modelagem da flexibilidade | Identificar e refletir sobre possibilidades de comportamentos alternativos Reforçar aproximações sucessivas de comportamentos que levam em direção aos valores |
| 8.Percepção da flexibilidade e da inflexibilidade | Analisar efeitos (reforçadores e punidores) da emissão do comportamento problema Refletir com o participante quais comportamentos quer e é capaz de alterar |
| Levando a Flexibilidade para a Vida Diária | |
| 9.Reconhecimento do progresso | Reflexão e síntese do processo |
| 10.Iniciação do contato com domínios valiosos | Análise conjunta sobre se os valores foram atendidos |
| 11.Escolha de ações | Definição de próximos passos do participante, para a manutenção dos novos repertórios e das contingências positivas |
| 12.Olhar para o passado e olhar para o futuro | Definição de prosseguimento do participante |

Etapa 2 – Avaliação Pós-intervenção

Após o término da intervenção, os instrumentos serão reaplicados e o NL-IRAP será refeito.

Análise de Dados

Os dados serão analisados com base em estatística descritiva (média e desvio padrão) e através de teste não paramétrico, como o teste de Friedman. Este teste irá avaliar se houve diferenças significativas nas respostas dos participantes entre as etapas da pesquisa. E como descrito no tópico anterior, a pesquisa tem como objetivo correlacionar quatro questionários em uma escala Likert, coletados em duas etapas distintas: Pré-teste e Pós-teste. A análise prevê comparação entre os questionários e envolve a correlação entre os resultados obtidos para cada etapa, portanto, será utilizada a correlação de Spearman, já que os dados são não paramétricos.

Para a análise de dados do NL-IRAP, os D-Scores obtidos a partir das latências das respostas dos participantes nos pares de blocos de teste (blocos 1 e 2; blocos 3 e 4; blocos 5 e 6) serão analisados. Serão excluídos os dados de um participante se mais de 10% das suas latências de resposta forem inferiores a 300 ms, ou se houver latências acima de 2000 ms, seguindo os critérios de precisão e latência. Além disso, se o participante não atender aos critérios de um ou ambos os blocos de um par de blocos, os dados desse par serão removidos da análise. Se o participante não atender aos critérios em dois ou mais blocos de diferentes pares de blocos de teste, todos os dados desse participante serão descartados. Para cada participante, serão obtidos os D-Scores de cada par de blocos de teste antes (Pré-teste), depois da intervenção (Pós-teste).

Para correlacionar a associação entre os escores do NL-IRAP e os questionários, é necessário transformar as respostas dos participantes em números. No caso dos questionários, isso já é feito através da escala Likert utilizada para coletar as respostas dos participantes,

cada resposta na escala Likert é associada a um valor numérico. Esses valores numéricos são usados para calcular as pontuações totais dos questionários para cada participante. No caso do NL-IRAP, os D-scores são essencialmente uma medida de associação entre os conceitos-alvo para cada participante.

Uma vez que os dados estejam em formato numérico, o coeficiente de correlação de Spearman pode ser usado para avaliar a associação entre as pontuações dos questionários e os D-scores do NL-IRAP. Também será realizada a regressão linear para avaliar a relação entre a intervenção e as alterações nas associações do NL-IRAP. Será calculado o coeficiente de regressão para verificar se há uma relação significativa entre as mudanças nas pontuações NL-IRAP e a intervenção. Dessa forma, será utilizada a correlação de Spearman e estatística descritiva, por meio de um banco de dados que será criado no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTADOS

Foram identificados no período inicial delineado da pesquisa 15 participantes, na entrevista de triagem apenas 13 passaram pelos critérios de inclusão e exclusão determinados.

Os 13 participantes realizaram o NL-IRAP e apenas 5 atingiram os critérios de respostas.

Sobre cada participante da pesquisa

A seguir será apresentado uma descrição das características dos participantes, como também os resultados do HFDEI, uma tabela com NL-IRAP e do VLQ para conceituação do caso. Os resultados dos participantes no HFDEI são apresentados separadamente, entretanto possuem fatores comuns. O primeiro eixo em comum são os valores que se apresentam moderados, isto é, todos os participantes apresentam uma classificação de 3 nos valores, o que sugere uma compreensão ou conexão com seus valores pessoais. Isso indica que eles têm uma noção geral de seus valores, embora possam haver variações claras ou não alinhamento entre suas ações e seus valores. O segundo eixo é a desfusão limitada, a maioria dos participantes (exceto o Participante 1) apresentam uma pontuação de 2 na desfusão. Isso sugere que eles podem ter alguma dificuldade em separar pensamentos e emoções negativas, o que pode afetar sua capacidade de funcionar de forma adaptativa em diferentes contextos. O terceiro eixo que se destaca é o de ações comprometidas, no qual todos compartilham uma pontuação de 2, com exceção do P2. Sugere que os participantes podem enfrentar desafios em agir de acordo com seus valores pessoais. Isso pode indicar uma desconexão entre o que eles valorizam e as escolhas ou comportamentos que realizam no dia a dia. As pontuações nos outros eixos variam entre os participantes, com pontuações de 2, 3 e 4.

O NL-IRAP de cada participante foi personalizado de acordo com as próprias preferências e associações pessoais, cada participante durante a seleção foi convidado a relatar e descrever falas e/ou pensamentos mais e menos frequentes relacionados a imagem corporal. Esse processo permitiu uma personalização do NL-IRAP para cada participante, garantindo que as respostas verbais selecionadas fossem verdadeiramente representativas de

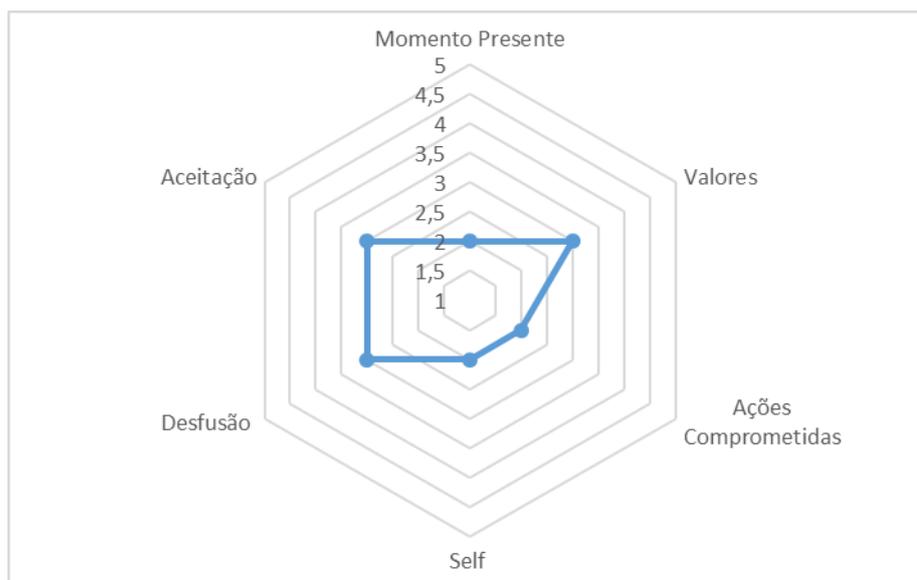
suas experiências de vida, emoções e associações pessoais. Será apresentado tabelas que mostram separadamente as falas que os participantes estão coordenados mais (bloco de consistência) e coordenados menos (blocos de inconsistências). Os resultados de cada participante no NL-IRAP vão ser apresentados em outra sessão.

Os resultados do VLQ serão apresentados em uma tabela geral, que mostra a discrepância entre Importância e Ação para cada valor de vida e para cada um dos cinco participantes. E nesses dados há também fatores em comum em relação a Importância, mas que variam nas pontuações de ações. As discrepâncias comuns destacam áreas específicas em que os participantes podem se beneficiar ao alinhar melhor suas prioridades e ações.

P1 mora em São Paulo, é estudante universitário do curso de Publicidade e Propaganda. Trabalha como estagiário em uma empresa de marketing que oferece serviços para pessoas do instagram. Descreve ter dificuldades de controlar o comer compulsivo em contextos que sente ansiedade ou estresse, *“seja no estágio ou na faculdade sinto que quero comer muito, mas depois me arrependo e vou para academia perder os quilos que ganhei”*. Abaixo na Figura. 7 pode-se ver os resultados HFDEI para a formulação do caso. O P1 apresenta um perfil moderado em relação aos diferentes processos do HFDEI. Embora possa ter alguma compreensão de seus valores e uma disposição razoável para aceitar experiências internas, podem surgir desafios em relação à ação consistente com esses valores e à plena presença no momento presente.

Figura 7

Resultados do HFDEI do P1



Na tabela 1 pode-se observar o NL-IRAP personalizado do P1, no qual expressa pensamentos negativos e autocríticos em relação ao peso e à alimentação. Nos blocos consistentes (que ele tem uma coordenação maior) há uma preocupação com a imagem corporal e uma sensação de inadequação, mesmo quando ocorre emagrecimento. Isso sugere uma luta interna com a percepção do próprio corpo e uma pressão para se livrar das calorias.

Tabela 1

NL-IRAP do P1

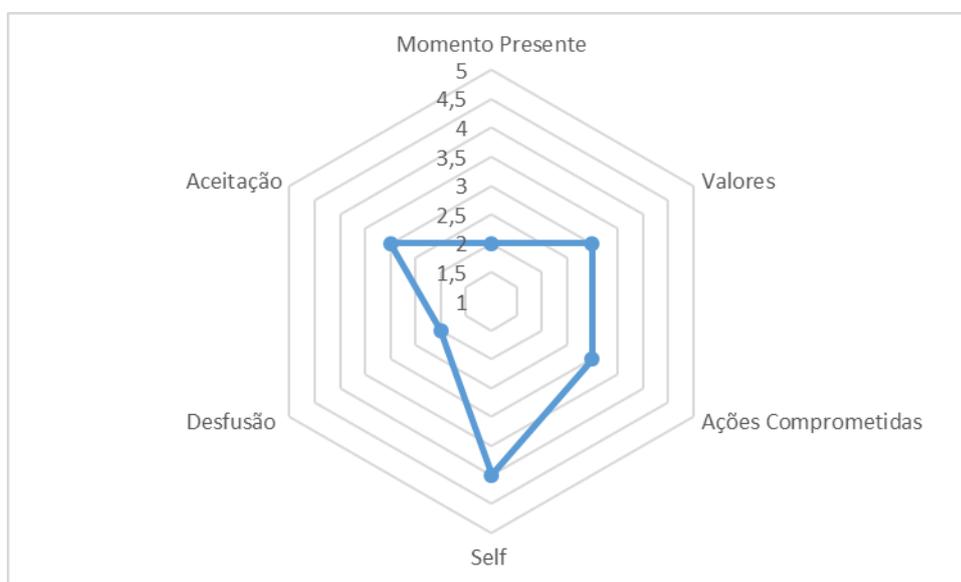
| | Consistente | Inconsistente |
|----|--------------------------------------|-----------------------------------|
| P1 | Me sinto gorda mesmo quando emagreço | Comer é uma parte natural da vida |
| | Preciso me livrar dessas calorias | Vou comer a faz |
| | Não posso engordar | Bem |
| | Ninguém pode saber como me alimento | Não tenho medo de os |
| | Só vou comer uma pequena quantidade | Não preciso comido |
| | | Meu valor vai além do peso |

P2 mora em São Paulo em um apartamento sozinha, é estudante universitária do curso de Arquitetura. Trabalha como estagiária em uma empresa que constrói condomínios fechados. Relata que tem comportamentos de comer compulsivo em contextos acadêmicos, “Quando estou na prática do trabalho me saio muito bem, mas na hora da teoria da faculdade tenho dificuldades, quando sinto essa dificuldade descontro a comida” e

complementa “*Acabo colocando meu dedo na boca depois para vomitar*”. Abaixo estão as figuras com os resultados do P2, no qual demonstra um perfil variado em relação aos diferentes processos do HFDEI. Embora ele demonstre uma compreensão moderada de seus valores pessoais e esteja razoavelmente comprometido em agir de acordo com esses valores, pode haver desafios em relação à presença plena no momento presente e à separação de pensamentos e emoções negativas.

Figura 8

Resultados do HFDEI do P2



O P2 expressa pensamentos negativos e ansiosos em relação ao ganho de peso, associando-o a um sentimento de fracasso e falta de controle. Há uma tendência a compensar o comer excessivo e a evitar ganhar peso a todo custo, refletindo uma preocupação excessiva com a aparência e uma busca por controle restritivo da alimentação. Essas falas e pensamentos sugerem uma luta interna entre uma mentalidade negativa e ansiosa em relação ao peso.

Tabela 2

NL-IRAP do P2

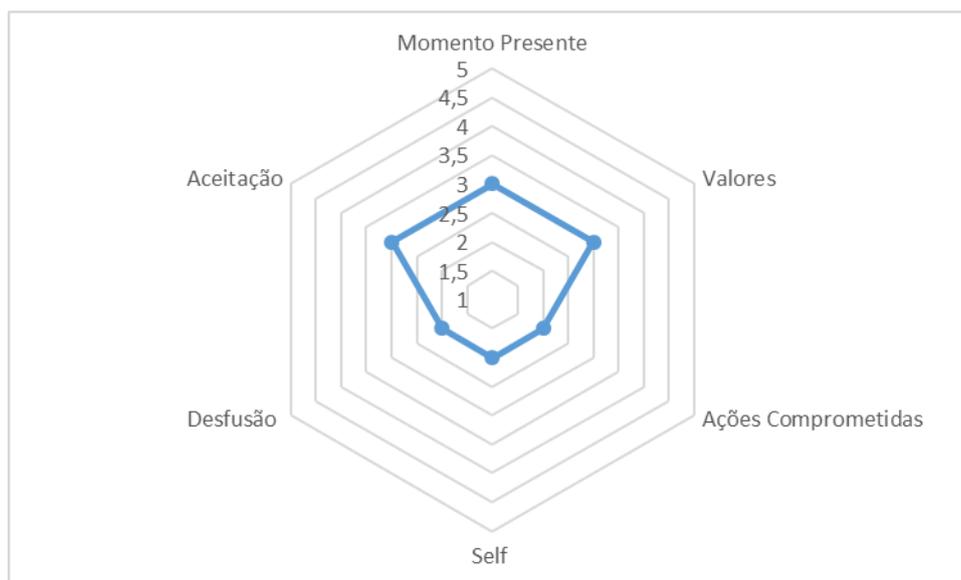
| Consistente | Inconsistente |
|-------------|---------------|
| | |

| | | |
|----|---|---|
| P2 | Se eu ganhar peso serei um fracasso | Meu valor não está ligado ao meu peso |
| | Comi muito, agora devo compensar | Eu valorizo meu corpo por sua saúde, não pela aparência |
| | Devo evitar ganhar peso | Sem medo constante de ganhar peso |
| | Sinto-me fora de controle quando como | Tenho controle sobre minhas escolhas alimentares |
| | Estou gordo, mesmo que digam ao contrário | Estou como de forma equilibrada |

P3 é um homem que mora com a família na cidade de São Paulo, faz o curso de Jornalismo na faculdade da cidade. E iniciou recentemente o estágio obrigatório do curso, o estágio ocorre em uma rádio local. Relata *“É a primeira vez que trabalho e fico bastante ansioso para não cometer erros”* e acrescenta *“Quando sinto esses sentimentos fico com fome, então começo a comer e depois fico decepcionado comigo, então tomo algo para emagrecer”*. Deixou de realizar diversas atividades das quais gostava muito devido a ansiedade e estresse no ambiente que faz estágio. A figura 9 e tabela 3 apresentam os dados do P3. Ele demonstra uma compreensão moderada de seus valores pessoais e uma capacidade razoável de estar presente no momento atual, pode haver desafios em relação à ação comprometida e à separação de pensamentos e emoções negativas.

Figura 9

Resultados do HFDEI do P3



Na tabela 3 é apresentado as falas e pensamentos de P3, que sugerem uma luta interna entre padrões de pensamento disfuncionais e saudáveis em relação à comida e ao peso.

Tabela 3

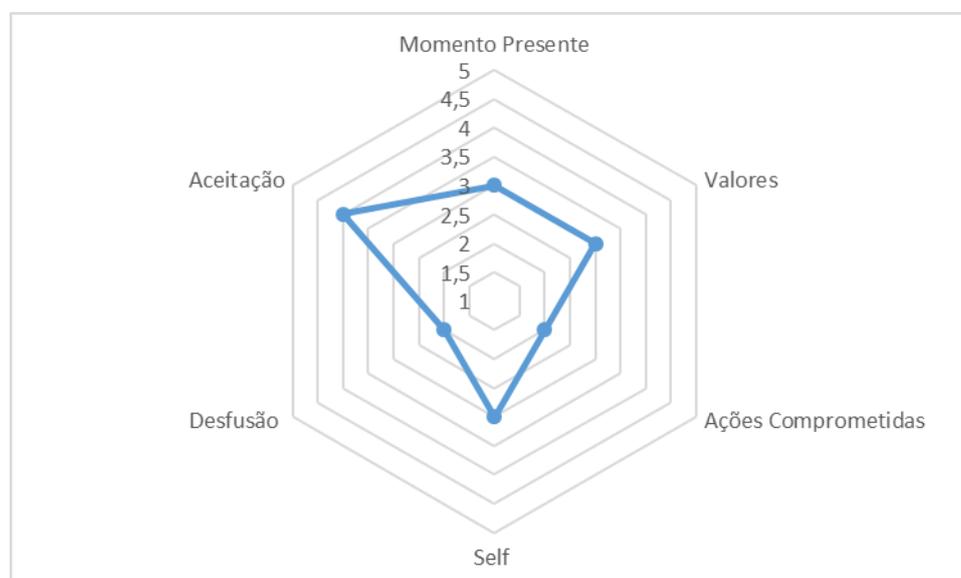
NL-IRAP do P3

| | Consistente | Inconsistente |
|----|--|-------------------------------------|
| P3 | Não posso comer tanto | Mereço desfrutar do prazer de comer |
| | Se eu não vomitar, vou ganhar peso | Não me preocupo em ganhar peso |
| | Preciso compensar por ter comido | Compensações não são necessárias |
| | Cada mordida me enche de culpa | Comer sem sentir culpa |
| | Posso usar laxantes para eliminar peso | Comer não requer punição |

P4 mora em São Paulo e dividi o apartamento com 3 universitários, finalizou a faculdade de jornalismo em 2022 e iniciou o trabalho como profissional no ano de 2023. Descreve que *“Eu iniciei a faculdade muito tarde, quando entrei era o mais velho da classe e isso me complicou em interagir com o pessoal”*, ele adiciona *“Então começava a ficar frustrado por não conseguir enturmar, corria até a praça de alimentação e comia um X-tudo 7:50 da manhã, depois corria para o banheiro e vomitava. Acabou virando um hábito”*. Agora em um contexto diferente *“Estou formado, mas ainda tenho esses momentos de estresse, comer e depois vomitar. O mercado de trabalho não é novidade para mim, mas trabalhar com jornalismo sim, não posso errar nas notícias”*. Os resultados de P4 estão nas figuras abaixo, demonstrando poucas habilidades de desfusão e o comprometimento com os valores pessoais são baixas.

Figura 10

Resultados do HFDEI do P4



Na tabela 4, o P4 expressa uma série de pensamentos negativos e autocríticos em relação à alimentação e ao corpo. Ele se culpa por comer demais, está constantemente preocupada com sua aparência e experimenta uma sensação de falta de controle sobre sua alimentação. Além disso, ele expressa insatisfação constante com seu peso, indicando uma baixa autoestima em relação à sua imagem corporal.

Tabela 4

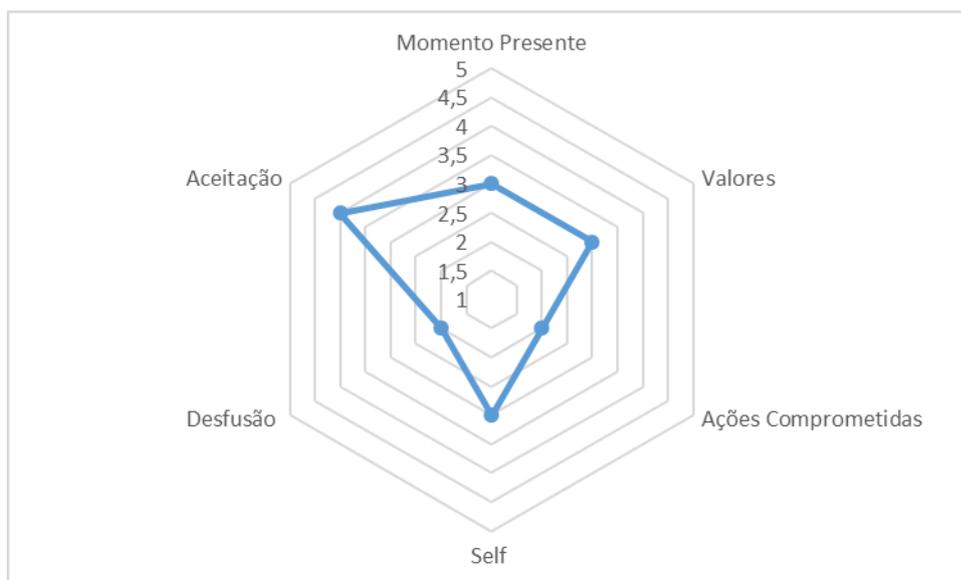
NL-IRAP do P4

| | Consistente | Inconsistente |
|----|---|---|
| P4 | Eu me odeio por comer muito Sempre preocupado com minha aparência Perdi o controle sob a comida Sinto culpa por comer Nunca estou satisfeita com meu peso | Adoro meu corpo exatamente como ele é Comer é uma experiência boa para mim Me alimento sem sentimento de culpa Aceito meu corpo em todas as suas formas e tamanhos Gosto da minha alimentação |

P5 mora em São Paulo em um apartamento e trabalha na área de Serviço Social para dependentes químicos. Relata que tem uma rotina agitada e cheia de temas complexos, *“Trabalhar com esse público é algo que amo, no entanto, fico horas sem comer as vezes. Ai quando chego em casa como tudo que tem pela frente, depois me sinto cheia, gorda e feia”*, ela aprofunda sobre o assunto *“Depois de chorar muito por ter comido vou até o banheiro do meu apartamento e vomito”*. Os resultados exibem um perfil misto em relação aos diferentes processos do HFDEI. Embora ele demonstre uma capacidade moderada de estar presente no momento presente, uma compreensão razoável de seus valores e uma boa aceitação de experiências internas, ele pode enfrentar desafios em relação à ação comprometida, autoconsciência (self) e desfusão.

Figura 11

Resultados do HFDEI do P5



Na tabela 5 é possível ver que o P5 expressa uma série de pensamentos negativos e preocupações relacionadas ao peso e à alimentação. Ele associa comer a sentimento de culpa e desconforto emocional, indicando uma possível relação disfuncional com a comida, especialmente em situações de estresse. Além disso, o participante expressa uma preocupação significativa com o peso e um desejo de evitar o ganho de peso a qualquer custo.

Tabela 5

NL-IRAP do P5

| | Consistente | Inconsistente |
|----|--|--|
| P5 | Em momentos de estresse como Me sinto péssimo quando como Meu peso me preocupa Me sinto culpado quando como Não posso engordar | Conseguo moderar minha alimentação Meu peso não define meu valor Me alimento sem sentimento de culpa Tenho controle sobre minhas escolhas alimentares Evito ceder a impulsos alimentares indesejados |

A tabela 6 mostra a discrepância entre a importância atribuída e a ação realizada para cada valor de vida e para cada participante. Quanto maior a discrepância, maior a diferença entre a importância atribuída e a ação efetiva. A escolha da abordagem de Discrepância (Importância - Ação) para analisar os dados do VLQ dentro do contexto da ACT é fundamentada na perspectiva de permite uma análise detalhada. Ao calcular a diferença entre a importância percebida de cada valor de vida e a ação efetivamente realizada em relação a esse valor, pode-se identificar áreas onde os participantes podem estar subestimando ou

superestimando a importância de certos valores em suas vidas. Por meio dessa abordagem, pode-se explorar as razões por trás das discrepâncias entre importância e ação, ao ajudar os participantes a identificar obstáculos internos e externos que possam estar dificultando a expressão plena de seus valores. Além disso, a análise fornece insights sobre onde os participantes podem desejar investir mais tempo, energia ou recursos para viver de forma mais alinhada com seus valores essenciais.

Alguns valores entre os participantes se destacam na discrepância, como os valores Relações Familiares. Três dos cinco participantes (P1, P3 e P5) apresentaram uma discrepância significativa entre a importância atribuída e a ação realizada nas relações familiares. Isso sugere que, apesar de reconhecerem a importância das relações familiares, podem enfrentar desafios em traduzir essa valorização em ações concretas, como passar mais tempo de qualidade com a família ou cultivar relacionamentos mais próximos. No valor Relacionamento Afetivo, três participantes (P1, P2 e P5) demonstraram uma discrepância entre a importância atribuída e a ação realizada, isso pode indicar que embora valorizem esses relacionamentos, podem enfrentar dificuldades em expressar seus sentimentos ou investir tempo e esforço em relacionamentos íntimos. Três participantes (P1, P3 e P5) apresentaram uma discrepância na área da espiritualidade, embora reconheçam a importância da espiritualidade em suas vidas, podem não estar tão envolvidos em práticas espirituais. Os participantes P3, P4 e P5 demonstraram uma discrepância na área dos deveres sociais, podem enfrentar dificuldades em dedicar tempo e recursos para atividades que contribuem para a comunidade ou cumprir obrigações sociais. O último fator em comum na discrepância é o autocuidado, os P1, P4 e P5 reconhecem a importância de cuidar de si mesmos, mas podem não estar priorizando sua saúde física.

Tabela 6

Resultados da discrepância entre Importância e Ação no VLQ- Cada valor na coluna de "Discrepância (Importância - Ação)" representa a diferença entre a importância atribuída e a ação realizada para cada participante em relação a cada valor de vida.

| Participante | Relações Familiares | Relacionamento Afetivo | Ser pai ou mãe | Amizade e Relações Sociais | Trabalho | Educação | Lazer e Bem-estar | Espiritualidade | Deveres Sociais | Autocuidado Físico |
|--------------|---------------------|------------------------|----------------|----------------------------|----------|----------|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| P1 | -6 | 7 | 3 | -3 | 0 | -1 | 4 | 5 | -5 | 3 |
| P2 | 4 | 3 | 0 | 7 | -2 | 8 | 3 | 3 | 1 | 4 |
| P3 | 7 | -3 | 9 | -1 | 2 | 0 | 1 | 7 | 0 | -5 |
| P4 | -1 | -5 | 5 | 5 | -5 | -5 | 3 | 4 | 5 | 4 |
| P5 | 6 | 7 | -1 | 0 | -2 | -3 | 2 | 6 | 4 | 8 |

A partir de uma análise individual de cada participante percebe-se que o P3 demonstra uma tendência de atribuir alta importância aos valores de Relações Familiares, Ser pai ou mãe, e Espiritualidade, com discrepâncias positivas consideráveis nessas áreas. Isso sugere uma forte valorização desses aspectos em sua vida. No entanto, ele também mostra uma tendência a subestimar a importância do Relacionamento Afetivo, com uma discrepância negativa significativa nessa área. Já o P5 apresenta discrepâncias positivas em vários valores de vida, indicando que ele atribui alta importância a esses aspectos, como Relacionamento Afetivo, Espiritualidade e Autocuidado Físico. No entanto, ele também demonstra uma discrepância negativa no Ser pai ou mãe, sugerindo que ele pode subestimar a importância desse papel em sua vida. Por outro lado, o P4 mostra uma tendência oposta, com discrepâncias negativas em vários valores de vida, indicando que ele atribui menos importância a esses aspectos do que a ação realizada sugere. Isso é especialmente evidente nos valores de Trabalho, Educação e Deveres Sociais. O P1 e o P2 demonstram padrões mistos em suas discrepâncias, com algumas áreas onde a importância atribuída supera a ação realizada e outras onde a ação supera a importância atribuída. Por exemplo, o P1 atribui alta importância a Relacionamento Afetivo e Espiritualidade, enquanto o P2 mostra uma alta importância atribuída ao Trabalho e à Educação. Essas análises sugerem que cada participante tem seus próprios valores prioritários e áreas onde podem haver oportunidades para alinhar mais suas ações com suas prioridades.

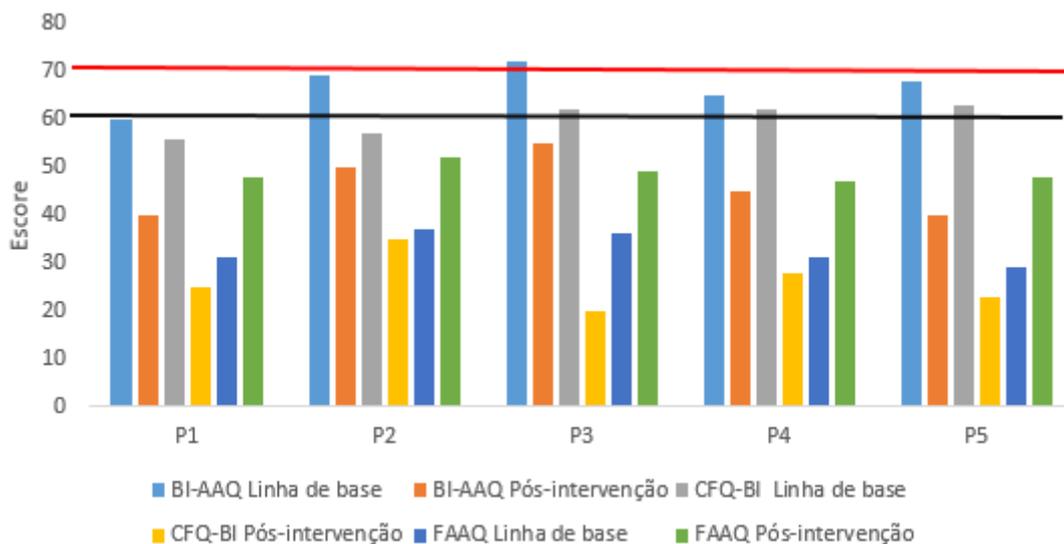
Resultados dos instrumentos utilizados na avaliação Linha de Base e Pós-intervenção

Os resultados apresentados correspondem aos dados obtidos a partir dos 5 participantes que completaram todas as etapas do procedimento de intervenção ACT, na figura 11 é apresentado os dados da Linha de Base e Pós-intervenção de cada participante nos questionários BI-AAQ, FAAQ e CFQ-BI. O gráfico demonstra as mudanças nas pontuações dos participantes nos questionários após a intervenção psicoterapêutica. É importante notar que cada um dos questionários utilizados neste estudo possui uma escala de pontuação diferente. O BI-AAQ tem uma pontuação máxima de 80, o FAAQ tem uma pontuação máxima de 60, enquanto o CFQ-BI tem uma pontuação máxima de 70. Essas diferenças nas escalas de pontuação devem ser consideradas ao interpretar os resultados. O máximo do FAAQ está representado pela linha preta na horizontal do gráfico e o máximo do CFQ-BI pela cor vermelha.

É importante destacar que cada um dos questionários utilizados neste estudo tem uma abordagem única em relação à mensuração da flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal. Os questionários BI-AAQ e CFQ-BI são projetados de maneira que pontuações mais baixas refletem uma maior flexibilidade psicológica. Portanto, uma redução nos escores desses questionários após a intervenção indica uma melhoria na capacidade dos participantes de aceitar e responder de forma mais adaptativa às experiências internas difíceis relacionadas à imagem corporal. Por outro lado, o FAAQ tem uma abordagem inversa, onde pontuações mais altas indicam uma maior flexibilidade psicológica. Portanto, um aumento nos escores do FAAQ após a intervenção é interpretado como uma melhoria na capacidade dos participantes de aceitar e responder de forma mais adaptativa às experiências internas difíceis relacionadas à imagem corporal.

Figura 12

Resultados dos questionários BI-AAQ, FAAQ e CFQ-BI



A figura 12 mostra os escores da Linha de Base e Pós-intervenção de cada participante no questionário BI-AAQ (Linha de base é azul e Pós-intervenção é laranja). A média da Linha de Base é 66 e a média da Pós-intervenção é 46, a diferença entre as médias é significativa. Uma redução de 20 pontos na média do BI-AAQ indica uma melhoria considerável na flexibilidade psicológica em relação à imagem corporal dos participantes após a intervenção. Essa diferença sugere que a intervenção teve um impacto significativo na forma como os participantes lidam com suas preocupações e pensamentos sobre o corpo. Entretanto, é importante pontuar que a média de 46 (pós-intervenção) ainda é 6 pontos acima da metade do BI-AAQ (40). Isso sugere que, apesar da melhoria significativa observada após a intervenção, ainda há espaço para progresso em direção a uma flexibilidade psicológica ainda maior em relação à imagem corporal entre os participantes.

Ao analisar individualmente os cinco participantes, na linha de base, seus níveis de inflexibilidade psicológica em relação à imagem corporal variaram. Uma variação de 60 a 72, essas pontuações refletiram diferentes níveis de inflexibilidade psicológica em relação à imagem corporal. Participantes com pontuações mais altas, como o P3, demonstraram uma inflexibilidade psicológica substancial, enquanto aqueles com pontuações mais baixas, como os P1 e P4, exibiram uma inflexibilidade moderada, o que sugeri preocupações com o peso

que podem afetar, mas não dominar completamente, suas escolhas e ações diárias. Apesar dessas diferenças individuais, dois participantes (P2 e P5) compartilharam um nível de inflexibilidade psicológica em relação à imagem corporal, com pontuações próximas e refletindo uma preocupação mais significativa com o peso e sua influência na vida cotidiana.

Como relatado anteriormente, ocorreu uma redução nas pontuações do BI-AAQ após a intervenção. No entanto, ao analisar as diferenças entre os participantes, pode-se notar que a magnitude da redução nas pontuações variou. O P3, mostra uma redução em sua pontuação, embora a redução de 17 pontos seja menor em comparação com alguns outros participantes, ela ainda representa uma mudança positiva na flexibilidade psicológica. Por outro lado, participantes como o P1, P2 e o P4 apresentaram pontuações menores (20 pontos de escore), o que demonstra uma melhoria mais moderada na flexibilidade psicológica. Para o P5, observa-se uma diferença notável de 28 pontos entre sua pontuação na Linha de base e Pós-intervenção. Essa diferença significativa indica uma redução substancial na inflexibilidade psicológica em relação à imagem corporal após a intervenção, o que indica uma melhoria significativa na forma como o participante lida com suas preocupações relacionadas ao peso e à imagem corporal.

No questionário FAAQ a Linha de base é representada pela coluna azul escuro e Pós-intervenção é representado pela coluna verde. Os resultados iniciais indicam que todos os participantes apresentam níveis moderados de inflexibilidade psicológica. Isso sugere que eles podem ter dificuldades em aceitar e lidar com pensamentos e emoções difíceis de forma adaptativa. Após a intervenção psicoterapêutica, observou-se uma melhora significativa na flexibilidade psicológica de cada um dos cinco participantes com diagnóstico de bulimia nervosa. O P1, que inicialmente apresentava uma pontuação de 31, viu sua pontuação aumentar para 48 após a intervenção. Esse aumento substancial sugere uma melhoria significativa na capacidade do participante de aceitar e responder de forma mais adaptativa às

experiências internas difíceis. Da mesma forma, o P2 apresentou uma melhora notável, com sua pontuação aumentando de 37 para 52 após a intervenção. Esse aumento significativo indica uma resposta mais adaptativa às experiências internas desafiadoras. O P3 também demonstrou uma melhora em sua flexibilidade psicológica, com sua pontuação aumentando de 36 para 49. Isso sugere uma capacidade aprimorada de lidar com pensamentos e emoções difíceis. Apesar de uma melhoria menos pronunciada, o P4 viu sua pontuação aumentar de 31 para 47 após a intervenção. Isso indica uma melhoria na flexibilidade psicológica, embora o aumento não tenha sido tão significativo quanto em outros participantes. O P5 experimentou uma melhora considerável, com sua pontuação aumentando de 29 para 48 após a intervenção. Isso sugere uma melhoria na capacidade do participante de aceitar e responder de forma mais adaptativa às experiências internas.

Analisando a média dos resultados das pontuações no FAAQ antes e depois da intervenção para os cinco participantes, observa-se uma melhoria geral na flexibilidade psicológica. Na Linha de base, a média das pontuações era de aproximadamente 32,8. Isso sugere que, inicialmente, os participantes apresentavam uma flexibilidade psicológica moderada, mas ainda havia espaço para melhorias. Após a intervenção terapêutica, a média das pontuações aumentou significativamente para aproximadamente 48,8. Isso indica uma melhoria substancial na capacidade dos participantes de aceitar e responder de forma mais adaptativa às experiências internas difíceis após o tratamento.

Esses resultados mostram uma diminuição significativa nos escores do CFQ-BI após a intervenção psicoterapêutica em todos os participantes. A Linha de base é representado pela cor cinza e o Pós-intervenção é representado pela cor amarelo. O P1 inicialmente apresentava um escore de 56 no CFQ-BI, indicando uma fusão cognitiva considerável em relação à sua imagem corporal. No entanto, após a intervenção, houve uma redução substancial para 25, sugerindo uma diminuição significativa na identificação com pensamentos negativos ou

distorcidos sobre a imagem corporal. O P2 na linha de base tinha um escore de 57, também indicando uma fusão cognitiva elevada. Apesar de uma redução para 35 após a intervenção, ainda permaneceu relativamente alto, sugerindo que pode ser necessário um acompanhamento adicional ou uma psicoterapia mais intensiva. O P3 com um escore inicial de 62, tinha uma fusão cognitiva muito alta em relação à sua imagem corporal. No entanto, a intervenção resultou em uma redução notável para 20, indicando uma melhora substancial na percepção da imagem corporal e na identificação com pensamentos negativos associados a ela. O P4, assim como o Participante 3, também iniciou com um escore de 62, indicando uma fusão cognitiva elevada. Após a intervenção, houve uma diminuição para 28, o que, embora represente uma melhora, sugere que ainda pode ser necessário continuar o trabalho terapêutico para alcançar uma redução mais significativa. O P5 começou com um escore de 63, indicando uma fusão cognitiva considerável. Após a intervenção, houve uma redução para 23, sugerindo uma melhora substancial na identificação com pensamentos negativos sobre a imagem corporal e uma maior aceitação de si mesmo.

A diferença entre a média da Linha de base (60) e a média da Pós-intervenção (26.2) indica uma redução substancial nas pontuações médias do CFQ-BI após a intervenção psicoterapêutica em ACT. Essa redução sugere que a intervenção teve um impacto positivo na melhoria da relação dos participantes com sua imagem corporal e na redução da fusão cognitiva em relação a pensamentos negativos ou distorcidos sobre o corpo.

Os resultados sugerem que a intervenção psicoterapêutica teve um impacto positivo na forma como os participantes lidam com suas preocupações e pensamentos sobre o corpo, resultando em melhorias na flexibilidade psicológica e na redução da fusão cognitiva em relação à imagem corporal. Embora as melhorias tenham sido significativas, ainda há espaço para progresso, especialmente em relação à flexibilidade psicológica, onde os escores ainda estão na faixa moderada.

A intervenção parece ter sido eficaz em ajudar o P1 a lidar de forma mais adaptativa com suas preocupações e pensamentos sobre o corpo, mas pode ser necessário um acompanhamento adicional para alcançar uma mudança mais substancial. O P2 demonstra melhoria na flexibilidade psicológica, como indicado pelo aumento dos escores no FAAQ, sugere uma capacidade crescente de discriminar os contextos que evocam pensamentos, emoções e sensações desconfortáveis. No entanto, a fusão cognitiva permaneceu relativamente alta após a intervenção, o que sugere que pode ser necessário um acompanhamento adicional para abordar essa identificação excessiva com pensamentos negativos ou distorcidos sobre a imagem corporal. O P3 e P5 mostraram as maiores melhorias em termos absolutos nas pontuações do BI-AAQ após a intervenção, indicando uma redução substancial na inflexibilidade psicológica. P3 teve a maior redução na pontuação do CFQ-BI após a intervenção, sugerindo uma melhoria significativa na identificação com pensamentos negativos sobre a imagem corporal. P4 apresentou a menor melhoria nas pontuações dos questionários, indicando uma melhoria mais moderada na flexibilidade psicológica e uma redução menos pronunciada na fusão cognitiva. Embora tenha havido uma melhoria notável na flexibilidade psicológica e na resposta adaptativa às experiências internas desafiadoras após a intervenção, os escores do CFQ-BI ainda indicam uma inflexibilidade considerável em relação à imagem corporal, sugere a necessidade de continuar o trabalho terapêutico para alcançar uma redução mais significativa e promover uma relação mais saudável com a imagem corporal.

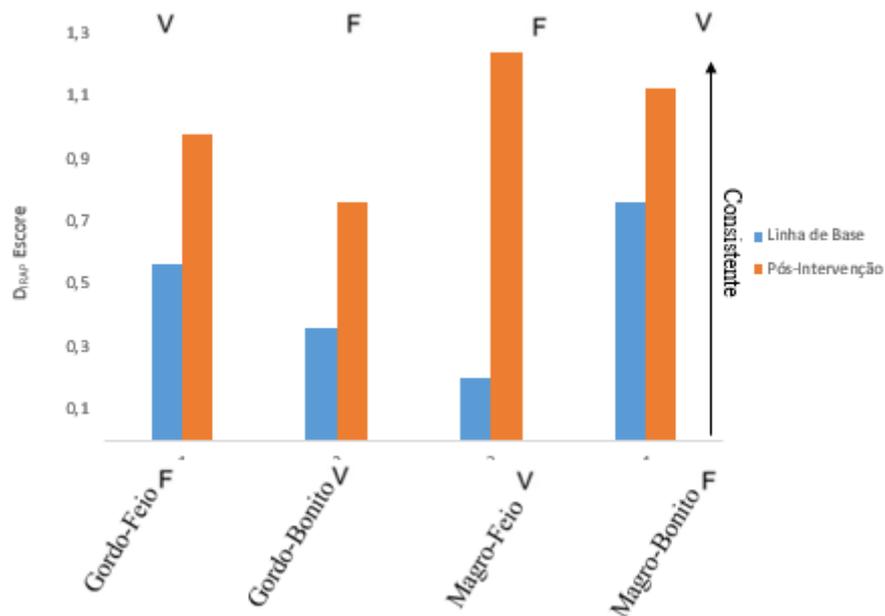
Os resultados mostram consistência entre os três questionários. As diferenças individuais podem ser atribuídas a eficácia da intervenção para cada participante e a gravidade das preocupações com a imagem corporal antes da intervenção.

Os resultados do NL-IRAP vão ser apresentados a seguir da figura 12 até a figura 16. Os resultados pós-intervenção do participante revelaram uma melhora substancial em relação

à linha de base. Houve um aumento nos escores dos blocos consistentes, como Gordo-Feio e Magro-Bonito, após a intervenção, o que indica uma maior facilidade em seguir as regras estabelecidas nessas contingências, onde os estímulos estão relacionados. Entretanto, observou-se uma redução nas disparidades entre os escores dos blocos consistentes e inconsistentes após a intervenção. A discrepância entre os blocos consistentes e inconsistentes na linha de base era de 0,762, enquanto após a intervenção, essa discrepância diminuiu para 0,083. Antes desta, as discrepâncias eram mais marcantes, o que sugere uma menor flexibilidade relacional e uma resposta mais rígida. Após a intervenção, os escores dos blocos consistentes e inconsistentes se aproximaram, indicando uma resposta mais equilibrada e menos influenciada pela consistência dos estímulos. Isso sugere uma mudança positiva na flexibilidade relacional do participante, isto é, uma maior capacidade do participante de se ajustar às demandas específicas de cada contexto.

Figura 13

Resultados do NL-Irap do P1- São apresentados os D_{IRAP} escores para os quatro tipos de tentativas: 1) Gordo-Feio, 2) Gordo-Bonito, 3) Magro-Feio e 4) Magro-Bonito. Em cada tipo de tentativa, as letras V (Verdadeiro) e F (Falso) sinalizam a direção do responder mais provável. O D_{IRAP} para todos os tipos de tentativas sugere responder mais provável (menor latência) nos blocos com tentativas consistentes quando comparado aos blocos inconsistentes.

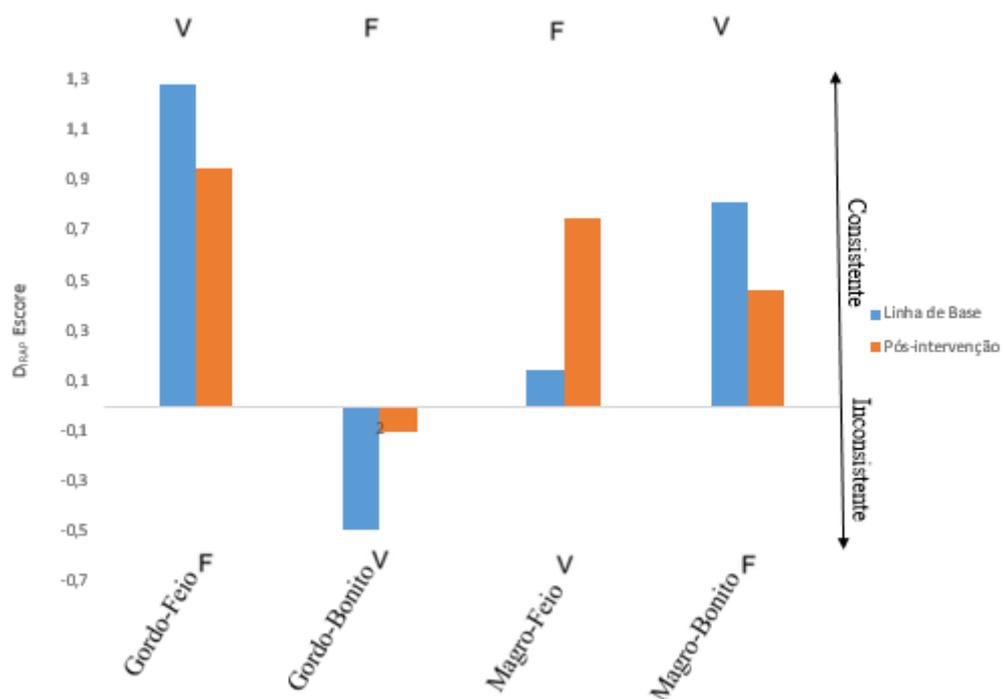


No P2 o Bloco Consistente (Gordo-Feio), obteve um escore de 0,95 após a intervenção, indicando uma resposta consistente mesmo com uma redução em relação à linha de base. Isso sugere que a associação entre os conceitos de "Gordo" e "Feio" ainda está presente, mas pode ter sido levemente enfraquecida pela intervenção. No Bloco Inconsistente (Gordo-Bonito), o escore foi de -0,489 para -0,1, representando uma melhoria significativa em relação à linha de base negativa. Este valor próximo de zero sugere uma resposta mais equilibrada quando os estímulos "Gordo" estão associados a "Bonito". No Bloco Inconsistente (Magro-Feio), o escore foi de 0,751, mostrando uma melhoria em relação à linha de base, o que indica uma resposta mais rápida. Isso sugere uma possível mudança na percepção do participante em relação a esses conceitos após a intervenção. Por fim, no Bloco Consistente (Magro-Bonito), o escore foi de 0,463, com uma redução em relação à linha de base. Em resumo, os dados sugerem mudanças nas associações do participante em relação ao peso corporal e beleza, além de uma maior flexibilidade na resposta aos estímulos apresentados. Os escores mais próximos entre os blocos consistentes e inconsistentes indicam uma resposta mais equilibrada do participante, sugerindo uma possível melhoria na flexibilidade relacional.

Os escores mais altos nos blocos "Bloco Consistente (Gordo-Feio)" e "Bloco Inconsistente (Magro-Feio)" indicam que o participante respondeu mais rapidamente e/ou com maior probabilidade de escolher as opções corretas nesses blocos específicos em comparação com os outros blocos. Esses escores mais altos sugerem que o participante pode ter uma associação mais forte em processar os conceitos apresentados nesses blocos. Comportamentalmente, essa associação mais forte com a palavra "Feio" nos blocos pode indicar uma tendência do participante em perceber os estímulos associados a esses blocos como negativos ou menos atraentes. Isso pode refletir uma avaliação subjetiva em relação à estética corporal, onde a associação com o termo "Feio" pode estar ligada a uma imagem corporal negativa, independentemente do peso. Essa interpretação sugere que o participante pode ter uma tendência a associar características negativas à sua percepção de corpo ou de outras pessoas, o que pode ter implicações importantes para sua saúde mental e bem-estar emocional.

Figura 14

Resultados do NL-Irap do P2- São apresentados os D_{IRAP} escores para os quatro tipos de tentativas: 1) Gordo-Feio, 2) Gordo-Bonito, 3) Magro-Feio e 4) Magro-Bonito. Em cada tipo de tentativa, as letras V (Verdadeiro) e F (Falso) sinalizam a direção do responder mais provável. O D_{IRAP} para todos os tipos de tentativas sugere responder mais provável (menor latência) nos blocos com tentativas consistentes quando comparado aos blocos inconsistentes.

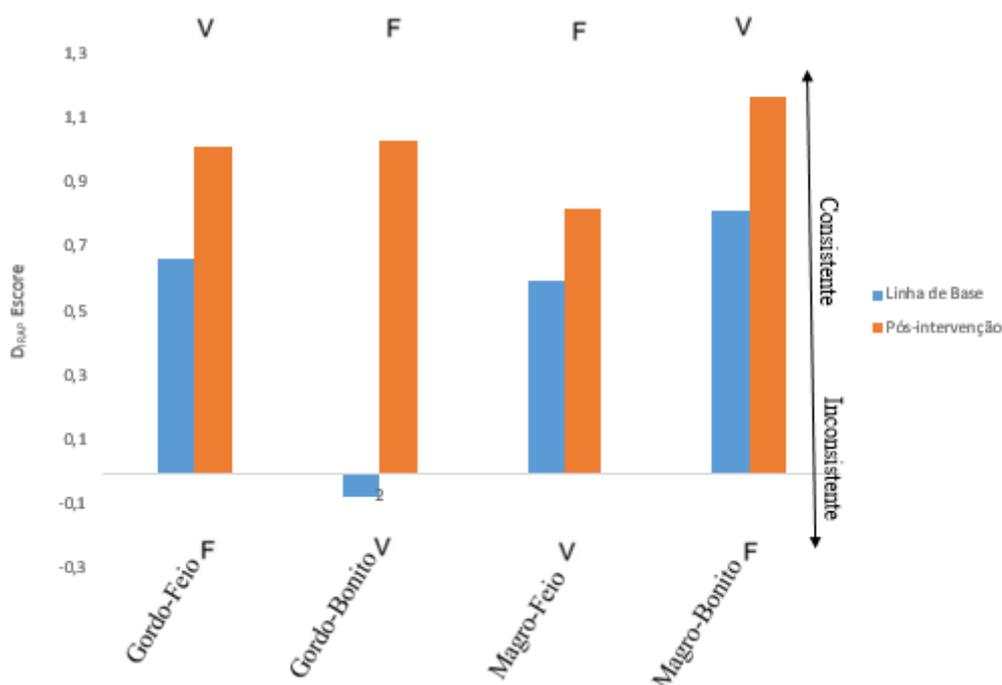


Na figura 15 é observado os resultados do P3. Na linha de base é percebido a diferença entre os escores dos blocos consistentes e inconsistentes, que revelam a flexibilidade relacional do participante. Nesse momento há uma rigidez nas respostas em relação aos estímulos, embora menos pronunciada do que em alguns outros participantes. Após a intervenção, os dados do P3 refletem uma melhoria geral em sua flexibilidade relacional. Nos blocos consistentes, os escores continuam altos, evidenciando uma resposta consistente com as associações preexistentes do participante. Já nos blocos inconsistentes, houve uma melhoria significativa nos escores, sugerindo uma resposta mais equilibrada e uma maior capacidade de flexibilidade relacional após a intervenção. Também se observa uma redução nas discrepâncias entre os escores dos blocos consistentes e inconsistentes, independentemente da consistência dos estímulos. Os resultados pós-intervenção apontam para uma melhoria significativa na flexibilidade relacional do participante, demonstrando uma capacidade aprimorada de ajustar suas respostas, mesmo diante de estímulos que desafiam suas associações preexistentes. Esse maior equilíbrio entre os blocos e a resposta

mais adaptável nos blocos inconsistentes indicam a eficácia da intervenção em promover uma resposta mais flexível em diferentes contextos de estímulo.

Figura 15

Resultados do NL-Irap do P3- São apresentados os D_{IRAP} escores para os quatro tipos de tentativas: 1) Gordo-Feio, 2) Gordo-Bonito, 3) Magro-Feio e 4) Magro-Bonito. Em cada tipo de tentativa, as letras V (Verdadeiro) e F (Falso) sinalizam a direção do responder mais provável. O D_{IRAP} para todos os tipos de tentativas sugere responder mais provável (menor latência) nos blocos com tentativas consistentes quando comparado aos blocos inconsistentes.



Na figura 16 é visto os resultados do P4. Após a intervenção, observa-se um aumento nos escores em todos os blocos, tanto consistentes quanto inconsistentes, indicando uma possível melhoria na flexibilidade relacional do participante, visto que os escores estão mais equilibrados entre os blocos. Antes da intervenção, os escores nos blocos consistentes eram mais elevados do que nos inconsistentes, sugerindo uma tendência do participante em responder de forma mais consistente em determinadas associações de estímulos (mais rígida e

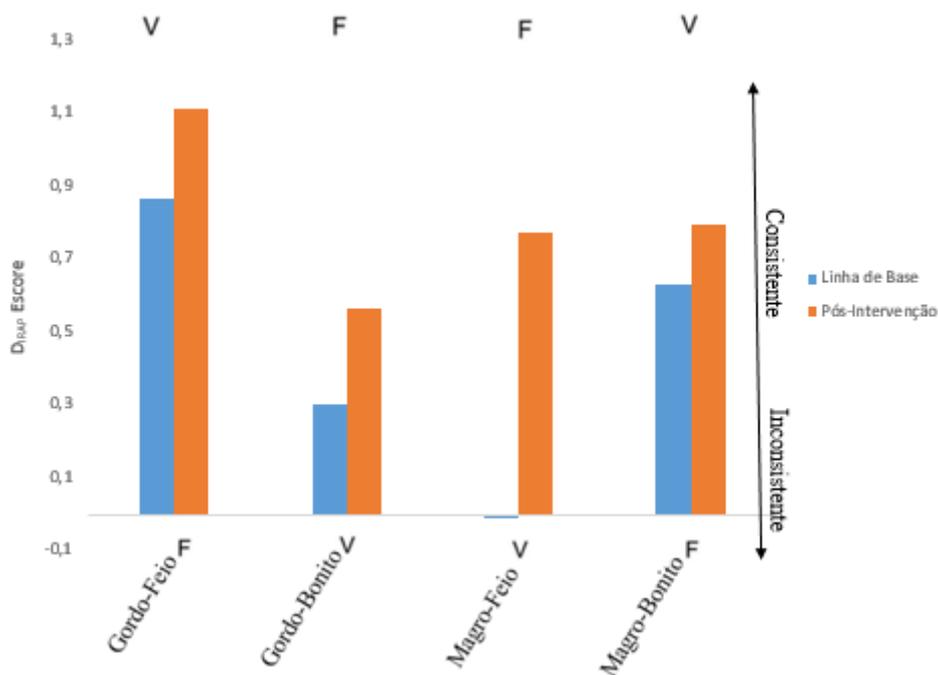
previsível em certas condições). A diferença na disparidade entre a linha de base e pós-intervenção para o P4 é aproximadamente 0,3145. O equilíbrio na resposta antes da intervenção sugeria uma tendência do participante a responder de maneira mais rígida ou influenciada pela consistência dos estímulos. Após a intervenção, essa disparidade foi reduzida, indicando que o participante desenvolveu uma resposta mais equilibrada e adaptável aos diferentes contextos. No entanto, após a intervenção, essa disparidade entre os blocos parece ter diminuído, indicando que o participante está menos influenciado pela consistência dos estímulos e mais capaz de responder de maneira flexível, adaptando suas respostas de acordo com o contexto. Esse equilíbrio nos escores é um indicador de uma possível melhoria na capacidade do participante de discriminar e responder de maneira mais adaptativa às relações de estímulos. Além disso, essa redução na disparidade entre os blocos pode indicar uma mudança na maneira como o participante processa e responde aos estímulos, tornando-se menos dependente da consistência superficial dos estímulos para guiar suas respostas.

Essa redução na disparidade pode indicar uma maior capacidade do participante de generalizar as relações entre os estímulos. O aumento do escore para o bloco inconsistente (Magro-Feio) após a intervenção sugere um aprimoramento na capacidade do participante de reconhecer e responder a relações de estímulos que anteriormente eram menos consistentes, refletindo um aumento na flexibilidade relacional e na capacidade de generalizar relações entre diferentes estímulos.

Figura 16

Resultados do NL-Irap do P4- São apresentados os D_{IRAP} escores para os quatro tipos de tentativas: 1) Gordo-Feio, 2) Gordo-Bonito, 3) Magro-Feio e 4) Magro-Bonito. Em cada tipo de tentativa, as letras V (Verdadeiro) e F (Falso) sinalizam a direção do responder mais provável. O D_{IRAP} para todos os tipos de tentativas sugere responder mais provável (menor

latência) nos blocos com tentativas consistentes quando comparado aos blocos inconsistentes.

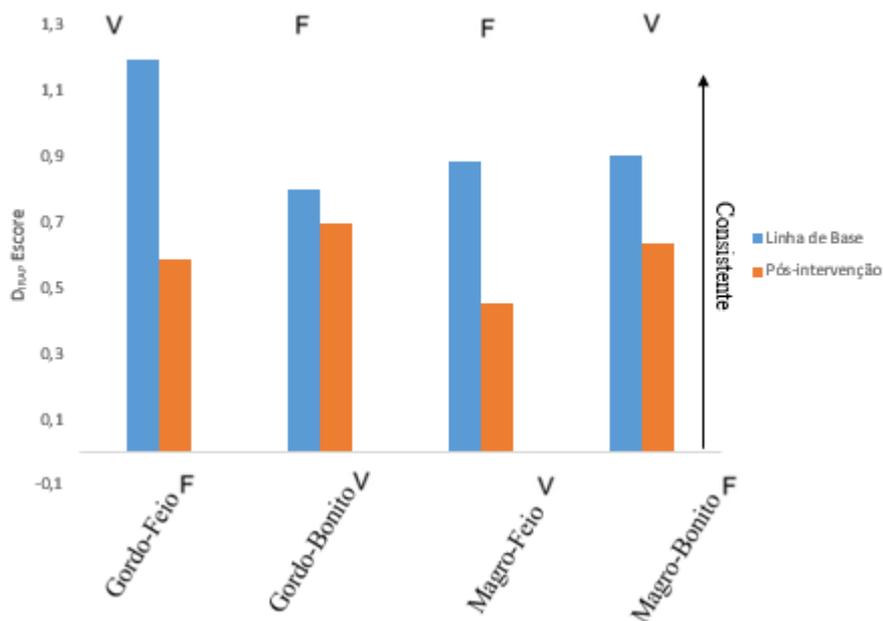


Na figura 17 é encontrado os dados do P5. Após a intervenção, observa-se uma redução geral nos escores, tanto nos blocos consistentes quanto nos inconsistentes, indicando uma possível modificação na maneira como o participante relaciona os estímulos e responde a eles. Essa diminuição nos escores sugere que a intervenção teve um impacto na flexibilidade relacional do P5. Essa diminuição nos escores pode refletir uma modificação na associação que o participante faz entre os estímulos apresentados, indicando uma maior flexibilidade na forma como ele responde aos estímulos e se adapta às mudanças nas contingências. Além disso, a variação nos escores pode indicar como o participante se adapta às mudanças nas contingências apresentadas pelos blocos consistentes e inconsistentes. Se os escores diminuíssem de forma mais acentuada nos blocos consistentes, isso pode sugerir uma

maior sensibilidade do participante às relações consistentes entre os estímulos após a intervenção.

Figura 17

Resultados do NL-Irap do P4- São apresentados os D_{IRAP} escores para os quatro tipos de tentativas: 1) Gordo-Feio, 2) Gordo-Bonito, 3) Magro-Feio e 4) Magro-Bonito. Em cada tipo de tentativa, as letras V (Verdadeiro) e F (Falso) sinalizam a direção do responder mais provável. O D_{IRAP} para todos os tipos de tentativas sugere responder mais provável (menor latência) nos blocos com tentativas consistentes quando comparado aos blocos inconsistentes.



Em resumo, os resultados sugerem que a intervenção teve um impacto positivo na percepção corporal e nas associações de estímulos relacionados ao peso e à estética corporal, pois observa-se padrões que sugerem mudanças significativas. No entanto, as respostas dos participantes variaram. Para o P1, houve uma redução geral nos escores entre os blocos consistentes e inconsistentes após a intervenção. Embora essa redução não tenha sido tão pronunciada quanto o esperado, ela sugere uma possível melhoria na flexibilidade relacional do participante. Já para o P2, observa-se uma discrepância entre a linha de base e pós-

intervenção, indicando uma possível mudança na relação do participante com os estímulos apresentados, especialmente nos blocos consistentes e inconsistentes. O P3 também mostrou uma redução nos escores após a intervenção, sugerindo uma modificação na forma como percebe e responde aos estímulos. No entanto, a magnitude dessa redução variou entre os blocos consistentes e inconsistentes, o que indica uma resposta diferenciada à consistência dos estímulos. Para o P4, houve um aumento nos escores em todos os blocos após a intervenção, o que sugere uma possível melhoria na flexibilidade relacional, já que os escores estão mais equilibrados entre os blocos. No entanto, o P5 foi o único em que os escores diminuíram em vez de aumentar após a intervenção, o que é uma descoberta intrigante e requer uma investigação mais aprofundada para entender melhor o motivo dessa diminuição.

Resultados do Cartão Diário

Os gráficos apresentados abaixo ilustram a frequência média semanal do comportamento de comer compulsivo dos 5 participantes ao longo de um período de 14 semanas. Cada ponto no gráfico representa a média semanal do número de episódios desse comportamento, coletados a partir do registro diário em um cartão específico. Isso significa que cada participante registrou diariamente o número de episódios de comer compulsivo em um cartão específico designado para esse fim. Essa forma de coleta de dados permite uma avaliação abrangente da frequência do comportamento ao longo do tempo. O gráfico resultante fornece uma representação visual clara das tendências e padrões de mudança na frequência do comportamento de comer compulsivo de cada participante.

A semana 1 foi estabelecida como a Linha de base para avaliar a frequência do comportamento de comer compulsivamente entre os participantes. Durante as semanas seguintes, que abrangem da semana 2 até a semana 13, a intervenção psicoterapêutica foi implementada. Após o término da intervenção, a semana 14 foi designada como o período Pós-intervenção, onde os participantes continuaram sendo monitorados para avaliar a manutenção dos efeitos da intervenção. Para destacar a Linha de base e o período Pós-

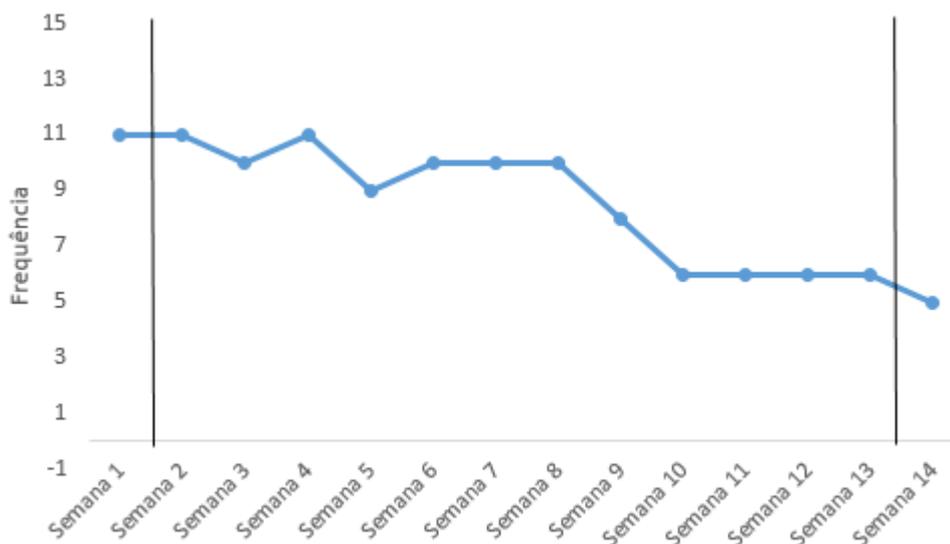
intervenção no gráfico, linhas pretas verticais foram adicionadas, delineando claramente esses períodos

Durante o estudo, houve uma exceção na semana 6, onde não ocorreu intervenção devido ao período de recesso de ano novo. No entanto, é importante ressaltar que mesmo durante esse período de recesso, os participantes continuaram a registrar suas informações no cartão diário, conforme orientado no protocolo do estudo. Portanto, embora não tenha havido intervenção planejada durante essa semana específica, os dados registrados pelos participantes permitem uma avaliação contínua da frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do estudo. Essa inclusão da semana 6 nos registros é importante para manter a integridade e a consistência dos dados coletados ao longo do período de estudo.

Com base nos dados fornecidos, pode-se observar na Figura 18 que a frequência do comportamento de comer compulsivamente do P1, que parece variar ao longo do tempo. Nas primeiras semanas (1 a 4), a frequência permaneceu relativamente estável em torno de 10 a 11 episódios por semana. Ou seja, na semana 2, quando a intervenção psicoterapêutica começou, ainda pode-se observar uma estabilização inicial na frequência do comportamento comparado com a Linha de Base. A partir da semana 5, houve uma tendência de queda na frequência, com o número de episódios diminuindo para 9 e depois para 8 na semana 9. Posteriormente, parece haver uma estabilização em torno de 6 episódios por semana, a partir da semana 10 até a semana 13. Na semana 14 a frequência do comportamento diminuiu para 5 episódios. Isso representa uma redução significativa em comparação com a média anteriormente observada, o que sugere. Há uma mudança no padrão de comportamento ao longo das semanas, com uma diminuição na frequência de episódios de comer compulsivamente após um período inicial de estabilidade. A mudança na frequência do comportamento parece ter sido sustentada ao longo do período de intervenção, com uma estabilização em um nível mais baixo de episódios por semana após a intervenção inicial.

Figura 18

Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P1

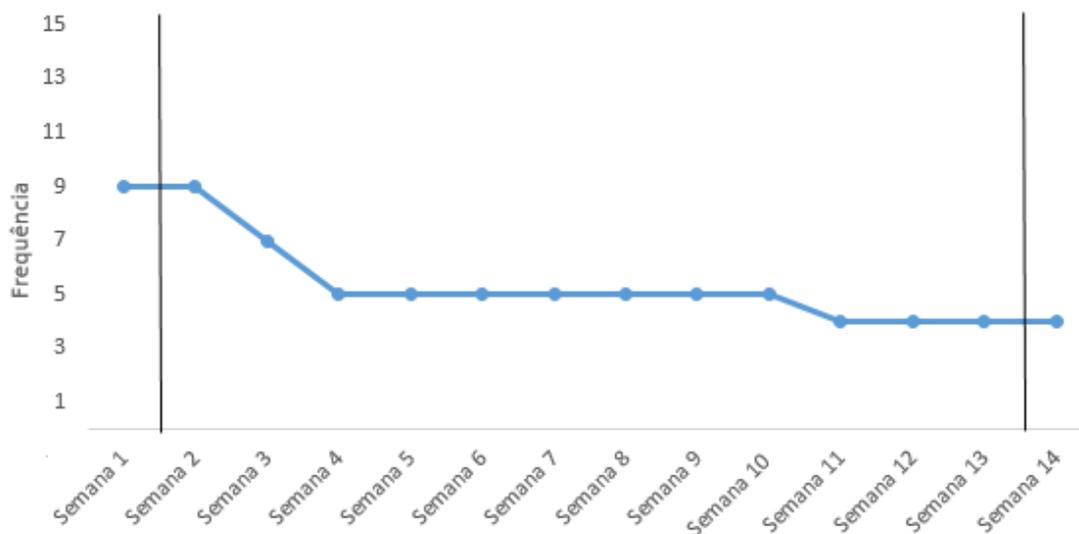


Para P2 o comportamento de comer compulsivamente, nas primeiras semanas (1 a 3), a frequência inicialmente era relativamente alta, em torno de 7 a 9 episódios por semana. A partir da semana 4, houve uma queda significativa na frequência, com o número de episódios diminuindo para 5 e permanecendo nesse nível até a semana 10. Nas semanas finais (11 a 13), a frequência continuou a diminuir gradualmente, chegando a 4 episódios por semana. Esse dado sugere que, para o P2, houve uma diminuição gradual e consistente na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do período observado. A intervenção psicoterapêutica começou na semana 2 e continuou até a semana 13 para o P2, pode-se considerar que houve influência no padrão de frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do tempo. Ao longo das semanas seguintes, vê-se uma tendência consistente de diminuição na frequência do comportamento de comer compulsivamente. A diminuição na frequência do comportamento é sustentada ao longo do período de intervenção, com uma tendência contínua de diminuição até o final das 13 semanas. Na semana 14 há ainda a manutenção da redução na frequência do comportamento, com a

continuidade de 4 episódios por semana, indica que os ganhos obtidos durante a intervenção podem ter sido sustentados mesmo após o término do tratamento.

Figura 19

Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P2

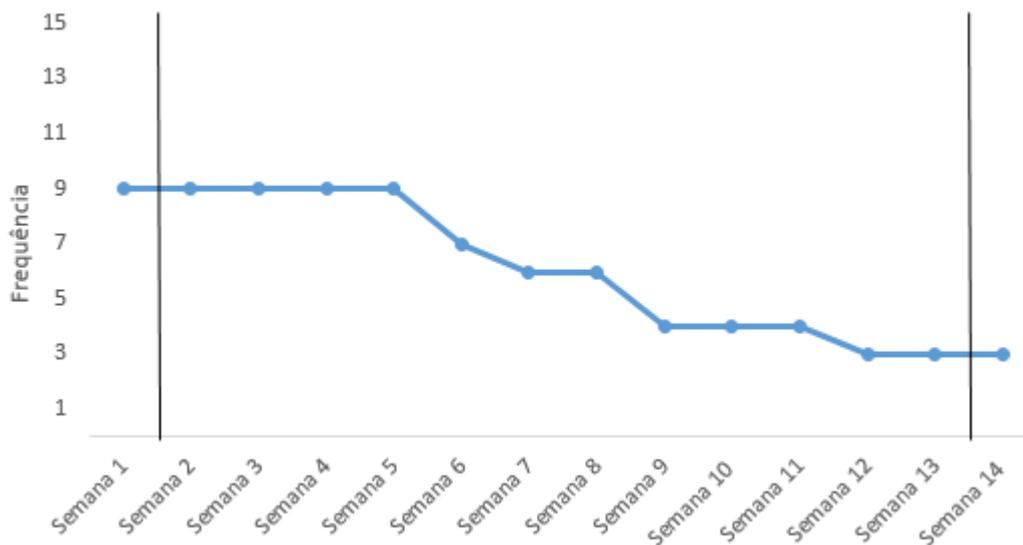


Para o P3, observa-se um padrão interessante na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo das semanas. Nas primeiras cinco semanas (1 a 5), a frequência do comportamento permaneceu relativamente alta e estável, em torno de 9 episódios por semana. A partir da semana 6, houve uma queda na frequência, com o número de episódios diminuindo para 7 e depois para 6 nas semanas seguintes (6 a 8). Nas semanas subsequentes (9 a 13), a frequência continuou a diminuir gradualmente, chegando a 3 episódios por semana na semana 12 e 13. Essa análise sugere que, para o participante 3, houve uma mudança progressiva na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do período observado, passando de uma frequência inicialmente alta para uma frequência mais baixa e estável. A intervenção começou na semana 2 e continuou até a semana 13, o padrão de diminuição gradual na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo das semanas sugere que a intervenção psicoterapêutica pode ter tido um impacto positivo para o P3. Embora a frequência inicialmente tenha permanecido alta, houve uma tendência consistente de queda após o início da intervenção.

Além disso, a estabilidade na frequência do comportamento na semana 14, com a continuação de 3 episódios por semana

Figura 20

Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P3

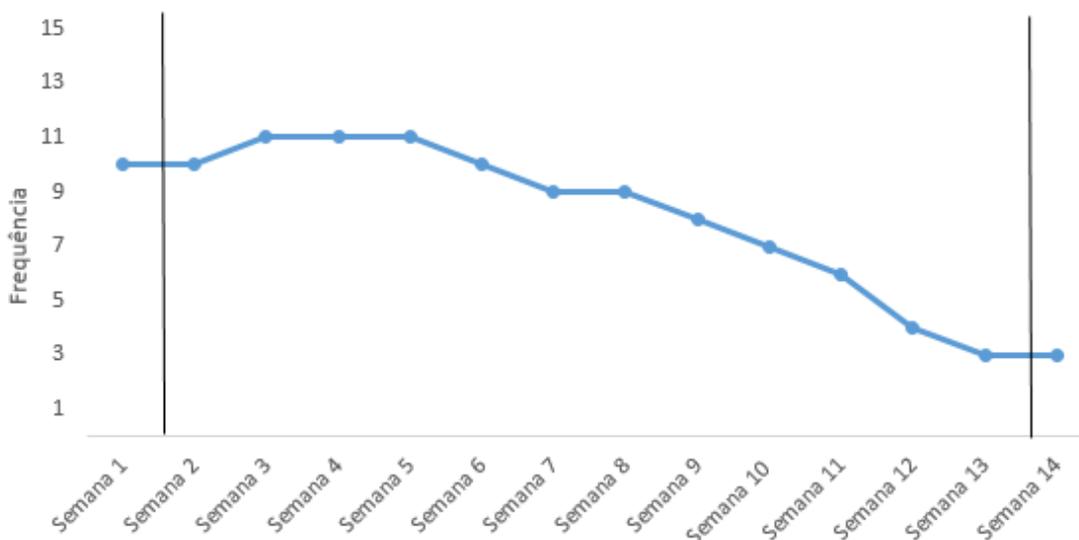


Para o P4, observa-se um padrão na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo das semanas. Nas primeiras semanas (1 a 5), a frequência do comportamento permaneceu relativamente alta e estável, variando entre 10 e 11 episódios por semana. A partir da semana 6, houve uma diminuição gradual na frequência, com o número de episódios diminuindo para 9 e depois para 8 nas semanas seguintes (6 a 9). Nas semanas subsequentes (10 a 13), a frequência continuou a diminuir progressivamente, chegando a 3 episódios por semana na semana 13. Com a continuação de 3 episódios por semana após o final da intervenção (semana 14). Essa análise sugere que, para o P4, houve uma mudança progressiva na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do período observado, passando de uma frequência inicialmente alta para uma frequência mais baixa. Considerando que a intervenção começou na semana 2 e continuou até a semana 13, pode-se fazer a observação adicional que o padrão de diminuição gradual na frequência do comportamento de comer compulsivamente após o início da intervenção sugere que o modelo psicoterapêutico pode ter tido um impacto positivo. Embora a frequência inicialmente tenha

permanecido alta, houve uma tendência consistente de queda ao longo das semanas de intervenção.

Figura 21

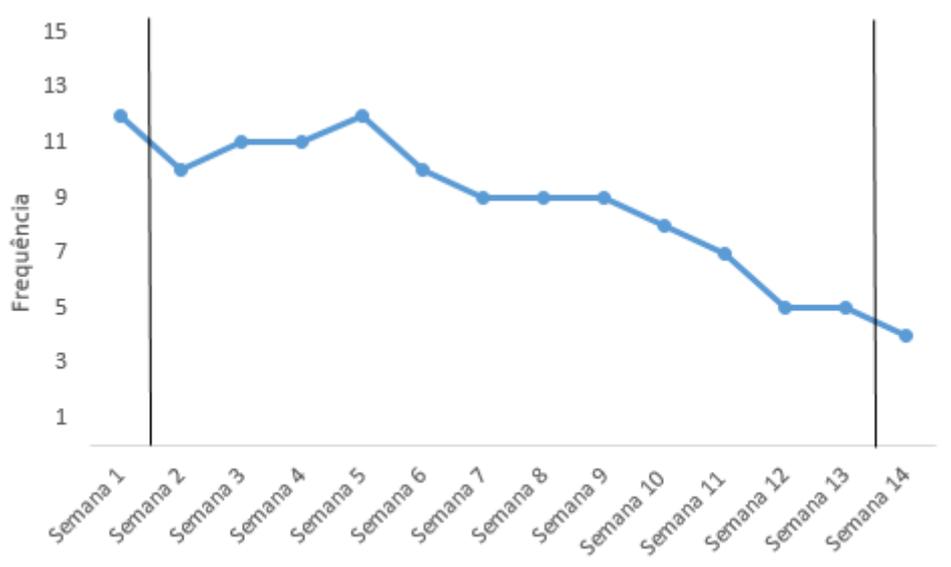
Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P4



Para o P5, também se observa um padrão de frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo das semanas. Nas primeiras semanas (1 a 5), a frequência do comportamento variou entre 10 e 12 episódios por semana, mostrando uma certa instabilidade. A partir da semana 6, houve uma tendência de diminuição gradual na frequência, com o número de episódios diminuindo para 9 e depois para 8 nas semanas seguintes (6 a 10). Nas semanas finais (11 a 13), a frequência continuou a diminuir, chegando a 5 episódios por semana na semana 13. Assim como nos outros participantes, observamos uma mudança progressiva na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo do período observado. Claro, considerando que a intervenção começou na semana 2 e continuou até a semana 13 para o P5. Há uma redução na frequência do comportamento na semana 14 para 4 episódios semanais. Embora a frequência tenha sido inicialmente alta e instável, houve uma tendência consistente de queda ao longo das semanas de intervenção.

Figura 22

Resultados da Frequência de Comportamento de Comer Compulsivo do P5



Todos os participantes apresentaram um padrão consistente de diminuição na frequência do comportamento de comer compulsivamente ao longo das semanas. Essa redução progressiva sugere uma resposta positiva à intervenção psicoterapêutica. Além disso, foi observado que a maioria dos participantes conseguiu manter os ganhos obtidos durante a intervenção mesmo após o término do tratamento. Na semana 14, após a conclusão da intervenção, a redução na frequência do comportamento compulsivo permaneceu estável para a maioria dos participantes. No entanto, é importante destacar os participantes demonstraram uma ampla variação nos níveis iniciais de frequência do comportamento de comer compulsivamente. Enquanto alguns participantes começaram o estudo com uma frequência mais baixa, com cerca de 9 episódios por semana, outros apresentaram níveis iniciais mais elevados, chegando a até 12 episódios por semana. Essa diferença nos níveis iniciais reflete a diversidade na gravidade do comportamento compulsivo entre os participantes. O que justifica os padrões de diminuição na frequência do comportamento ao longo das semanas variarem entre os participantes. Mesmo que todos mostrem uma tendência geral de redução na frequência, os padrões específicos dessa diminuição diferiram significativamente.

Enquanto alguns participantes experimentaram uma diminuição mais gradual e consistente ao longo do tempo, outros mostraram flutuações mais pronunciadas na frequência do comportamento, com períodos de diminuição seguidos de períodos de aumento.

DISCUSSÃO

A Bulimia Nervosa representa condições psiquiátricas complexas e graves, caracterizadas por uma série de desafios clínicos. Sua etiologia é multifacetada, envolvendo uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. A combinação desses elementos contribui para a resistência ao tratamento e para a gravidade dos sintomas (Van Hoeken & Hoek, 2020; Fassino & Abbate-Daga, 2013). As pesquisas sobre ACT para bulimia nervosa busca abordar esses desafios oferecendo uma abordagem terapêutica que reconhece a complexidade. Ao invés de focar apenas nos sintomas alimentares, a ACT incorpora estratégias para lidar com fatores psicológicos e sociais subjacentes, como insatisfação corporal, perfeccionismo e dificuldades emocionais (Lucena-Santos et al., 2024).

Este estudo avaliou o efeito de um protocolo ACT para Bulimia Nervosa conforme o manual (Sandoz et al, 2011). Como hipótese, era esperado produzir: (1) alteração flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a linha de base (etapa 1) e a avaliação após a intervenção (etapa 2); (2) diminuição do comer compulsivo mensurados pelo Cartão Diário; (3) melhora da flexibilidade relacional mensurada pelo IRAP; (4) melhora do componente defusão cognitiva mensurado pelo CFQ-BI; (5) melhora da componente aceitação mensurada pelo FAAQ e BI-AAQ.

Ao analisar os resultados, observou-se uma tendência consistente de melhora na aceitação, medida pelos questionários FAAQ e BI-AAQ. Os participantes apresentaram redução nos escores do FAAQ após a intervenção, o que indica uma maior capacidade de aceitar e se comprometer com suas experiências internas. Da mesma forma, houve uma diminuição nos escores do BI-AAQ, sugerindo uma melhora nos processos relacionados a imagem corporal. Esses achados estão alinhados com a hipótese inicial de melhora na aceitação após a intervenção baseada em ACT. Além disso, são consistentes com estudos anteriores de Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin, et al. (2022) e Holmqvist Larsson, Lowén, Hellerstedt, et al. (2020), que também encontraram uma melhora significativa na aceitação

em pacientes com transtornos alimentares submetidos à terapia baseada em ACT. A aceitação pode desempenhar um papel significativo na melhora da Bulimia Nervosa. A fusão cognitiva é uma medida da identificação excessiva com os pensamentos negativos ou distorcidos sobre a imagem corporal, e a expectativa era que a terapia promovesse uma redução nesse aspecto (Luoma, Hayes & Walser, 2007).

Os resultados revelaram uma tendência consistente de diminuição nos escores do CFQ-BI após a intervenção. A intervenção baseada em ACT parece ter sido eficaz em ajudar os participantes a desenvolver uma relação mais saudável e menos identificada com seus pensamentos negativos sobre o corpo. Esses achados são consistentes com a teoria subjacente à ACT, que enfatiza a importância de desfusão cognitiva e a capacidade de se distanciar dos pensamentos intrusivos e disfuncionais. A redução na fusão cognitiva tem importantes implicações clínicas, pois sugere uma mudança na forma como os participantes percebem e respondem aos pensamentos relacionados à imagem corporal (Barbosa & Murta, 2014). Essa mudança pode ser um passo crucial no caminho da recuperação da Bulimia Nervosa e pode indicar a eficácia da ACT como um modelo terapêutico para este transtorno alimentar.

Os resultados do NL-IRAP revelaram mudanças significativas na flexibilidade relacional após a intervenção. Houve uma diminuição nas disparidades entre os escores dos blocos consistentes e inconsistentes, indica uma resposta mais equilibrada e menos influenciada pela consistência dos estímulos. Isso sugere que a intervenção teve um impacto positivo na capacidade dos participantes de se ajustar às demandas específicas de cada contexto. Esses achados estão alinhados com a hipótese inicial do estudo, que previa uma melhora na flexibilidade relacional após a intervenção. A melhora na flexibilidade relacional é um componente importante da terapia ACT, que visa aumentar a capacidade dos indivíduos de responder de forma adaptativa às experiências internas e externas. Portanto, os resultados do IRAP fornecem evidências adicionais de que a ACT pode ser eficaz na promoção de

mudanças positivas na relação dos participantes com sua imagem corporal e com questões relacionadas ao peso.

A flexibilidade relacional e os processos de fusão e desfusão cognitiva estão intrinsecamente relacionados, pois o primeiro envolve a capacidade de responder de forma adaptativa a partir de relações simbólicas estabelecidas de forma arbitrária. Ou seja, quando um participante é capaz de ver seus pensamentos como eventos transitórios, ela está exercendo flexibilidade relacional ao reconhecer que diferentes perspectivas e interpretações são possíveis. Isso permite que a pessoa se afaste da fusão com seus pensamentos e adote uma postura mais flexível e aberta diante das experiências internas. Algumas propostas comportamentais atuais (Barnes-Holmes & Harte, 2022; Harte, Perez & Kovac, 2023; Bortoloti, Schmidt, Harte, & Barnes-Holmes, 2023) corroboram com essa interligação desses processos e outras propostas completam ao descrever na prática clínica o quanto a coerência da narrativa do paciente influencia nos sintomas do transtorno alimentar (Dann, Hay & Touyz, 2021; Brockmeyer et al., 2022; Heywood, Conti & Hay, 2022; Bianchi, Perez, Harte, & Barnes-Holmes, 2021).

Os resultados do Cartão Diário revelaram padrões consistentes de redução na frequência do comportamento de comer compulsivo ao longo das semanas de intervenção para todos os participantes. Inicialmente, alguns participantes apresentaram uma frequência mais alta e instável desse comportamento, enquanto outros começaram com níveis mais baixos. No entanto, independentemente dos níveis iniciais, a maioria dos participantes mostrou uma tendência geral de diminuição na frequência do comportamento ao longo das semanas de intervenção. Esses resultados estão alinhados com a hipótese inicial do estudo, que previa uma redução no comportamento de comer compulsivo durante e após a intervenção. A diminuição na frequência do comportamento compulsivo é um indicador importante de progresso no tratamento da bulimia nervosa e sugere que a intervenção baseada

em ACT pode ser eficaz na redução desse comportamento disfuncional. Além disso, a manutenção dos ganhos obtidos durante a intervenção, como observado na semana 14, indica que os efeitos positivos da terapia podem ser sustentados mesmo após o término do tratamento. Isso sugere que a intervenção não apenas reduziu a frequência do comportamento de comer compulsivo, mas também ajudou os participantes a desenvolver estratégias duradouras para lidar com esse comportamento de forma mais saudável no longo prazo (Harrison et al., 2014; Katan & Kelly, 2023).

Essa compreensão abrangente do progresso dos participantes ao longo da intervenção é crucial por permitir avaliar a eficácia em alcançar os objetivos desejados. Entretanto, os modelos de psicoterapia comportamental têm uma longa história de utilização de estudos de caso único em suas pesquisas, pois a análise individualizada de cada caso revela aspectos específicos do funcionamento e das interações dos participantes com o processo psicoterapêutico, permitindo uma investigação detalhada dos efeitos da intervenção (Ingberman, Gouveia & Oliveira, 2021). Essa forma de pesquisar é relevante em áreas como os transtornos alimentares, onde a variabilidade individual é significativa e os tratamentos precisam ser adaptados às necessidades específicas de cada pessoa (Marcon, 2020; Pitanga, 2021; Pitanga & Santos, 2022). Ao examinar individualmente cada participante do estudo, uma breve descrição das características deles, fornecida a partir de suas próprias perspectivas sobre aspectos relevantes de suas vidas, permite uma visão detalhada de seu funcionamento e interações.

P1, um estudante universitário de Publicidade e Propaganda que também atua como estagiário em uma empresa de marketing, enfrenta pressões acadêmicas e profissionais significativas em seu dia a dia. Sua descrição de sentir uma forte vontade de comer compulsivamente em situações de ansiedade ou estresse, especialmente durante o estágio ou na faculdade, destaca a complexidade das contingências em vigor. A pressão de desempenho

acadêmico e profissional exacerba, levando-o a uma relação disfuncional com a comida e a imagem corporal. No entanto, os resultados da intervenção baseada em ACT sugerem uma mudança positiva nesse padrão. A redução gradual na frequência do comportamento de comer compulsivo ao longo das semanas de intervenção indica que P1 está comendo menos compulsivamente em contextos que evocam emoções de estresse. Além disso, a diminuição nos escores de aceitação, fusão cognitiva e aumento na flexibilidade relacional sugerem que aprendeu a aceitar suas experiências internas de forma mais compassiva e a desenvolver uma relação menos identificada com seus pensamentos negativos sobre o corpo. Eles indicam uma mudança positiva em sua capacidade de lidar com o estresse e a ansiedade, bem como uma melhoria em sua relação com a comida e a imagem corporal (Hayes & Hofmann, 2020).

P2 é uma estudante universitária de Arquitetura que mora sozinha em São Paulo e trabalha como estagiária em uma empresa de construção de condomínios fechados. A descrição dos comportamentos de comer compulsivo em ambientes acadêmicos e a sensação de inadequação ou falta de habilidade durante as aulas teóricas desencadeiam respostas emocionais, levando-a a uma cadeia comportamental de busca de conforto ou alívio emocional na comida. Nesse caso, o comportamento de comer compulsivamente concorre com outros comportamentos que poderiam ser mais adaptativos, como procurar apoio emocional de colegas ou buscar estratégias de enfrentamento mais saudáveis. Além disso, a menção de P2 sobre induzir o vômito após esses episódios de comer compulsivo mostra a presença de comportamentos purgativos associados à bulimia nervosa. Quando se analisa os resultados da intervenção baseada em ACT para P2, é crucial considerar como esses dados adicionais se relacionam com os padrões observados ao longo das semanas de intervenção. A redução na frequência do comportamento de comer compulsivo pode indicar uma melhoria na capacidade de lidar com o estresse e a ansiedade associados às atividades acadêmicas. Além disso, a diminuição na fusão cognitiva e o aumento na flexibilidade relacional sugerem que

estava começando a desenvolver uma relação menos identificada com seus pensamentos negativos sobre sua capacidade acadêmica e imagem corporal.

P3 é um homem que reside em São Paulo com sua família e está cursando Jornalismo na faculdade local. Ele começou recentemente seu estágio obrigatório em uma rádio local como parte de seu curso. A descrição de P3 sobre seus sentimentos de ansiedade e sua resposta ao estresse explica os contextos aversivos evocadores de tais respostas. Sua preocupação em cometer erros durante o estágio reflete uma pressão percebida para se destacar e corresponder às expectativas, o que desencadeia as respostas emocionais intensas. A resposta de P3 a esses sentimentos, procurando conforto na comida e, posteriormente, buscando maneiras de perder peso, mostra uma relação complexa com a alimentação e o corpo. A diminuição na frequência do comportamento de comer compulsivo indica uma melhoria na capacidade de P3 lidar com o estresse e a ansiedade associados ao ambiente de trabalho, e indica ter sido capaz de implementar e manter as estratégias aprendidas durante a intervenção

Os resultados da intervenção ACT para P4 revelam uma redução gradual na frequência do comportamento de comer compulsivo ao longo das semanas, indicando uma resposta positiva à psicoterapia. Ao considerar as informações sobre sua história pessoal, nota-se que P4 enfrentou desafios significativos em relação à interação social durante seus anos universitários, o que o levou a desenvolver padrões disfuncionais de alimentação como uma forma de lidar com o estresse e a ansiedade. Esses padrões persistiram mesmo após sua formação e entrada no mercado de trabalho, refletindo uma resposta disfuncional aos desafios emocionais enfrentados em seu novo contexto profissional. No entanto, os resultados sugerem que a intervenção baseada em ACT foi capaz de ajudar P4 na diminuição do comer compulsivamente, levando a uma diminuição na frequência ao longo do tempo.

P5 enfrenta desafios únicos em sua rotina de trabalho agitada, ao lidar com questões complexas relacionadas aos dependentes químicos. Sua tendência a passar longos períodos sem comer, seguida por episódios de compulsão alimentar e purgação, sugere um padrão de comportamento que pode ser exacerbado pelo estresse e pela natureza emocionalmente exigente de seu trabalho. Os resultados da intervenção indicam uma redução gradual na frequência do comportamento de comer compulsivo ao longo das semanas, sugerindo uma resposta positiva à psicoterapia ACT. Essa melhoria pode ser especialmente significativa, ao considera sua rotina estressante e sua propensão a desenvolver padrões disfuncionais de alimentação como uma forma de lidar com as demandas emocionais de seu trabalho. Além disso, os resultados também indicam uma redução nos escores de aceitação, conforme medido pelos questionários FAAQ e BI-AAQ, o que pode sugerir uma maior capacidade de P5 em aceitar e se comprometer com , como pensamentos e sentimentos em relação ao corpo que são evocados em contextos aversivos

Ao considerar a aplicabilidade clínica dos resultados deste estudo, é essencial refletir sobre como os terapeutas podem incorporar os princípios da ACT em sua prática com pacientes que sofrem de bulimia nervosa. Primeiramente, a ênfase na aceitação das experiências internas relacionadas à alimentação e à imagem corporal, destaca-se como um ponto crucial. Essas experiências internas relacionadas à alimentação e à imagem corporal abrangem uma variedade de pensamentos, sentimentos e sensações físicas que os participantes vivenciam. P1 descreve ter pensamentos como: "Eu não deveria ter comido tanto" e "Eu sou fraco por perder o controle" que são acompanhados por sentimento de culpa, frustração ou tristeza. P2 relata sentir-se frustrado e estressado durante as dificuldades acadêmicas, o que desencadeia emoções intensas como ansiedade, tristeza ou raiva. Além de pensamentos críticos sobre sua capacidade acadêmica e autoimagem, como "Por que eu não consigo ser magra como aquela pessoa?" e "Eu nunca serei tão bonita quanto aquela menina

que tira boa nota". Durante períodos de ansiedade no estágio, P3 experimenta sensações de fome intensa, seguidas por sensações de desconforto gastrointestinal devido ao consumo excessivo de alimentos. Tem pensamentos autodepreciativos sobre seu desempenho no estágio e sua capacidade de lidar com situações solicitadas, como "Eu sou um fracasso" e "Eu não vou conseguir fazer isso". Antes e após episódios de comer compulsivo evocados por dificuldades de interação social no ambiente de trabalho, P4 experimenta desconforto gastrointestinal, seguido de sensações de intervalo temporário (sensações podem incluir sentimentos de desconforto físico que surgem temporariamente após o consumo excessivo de alimentos). Pensamentos autocríticos são evocados sobre sua habilidade de se socializar e sua autoimagem, como "Eu nunca vou ser aceito". Após longos períodos sem comer devido à rotina agitada de trabalho, P5 experimenta sensações de fome intensa, entretanto relata sentir-se triste e envergonhado por ter comido compulsivamente após episódios de fome prolongada. Tal contingência desencadeia emoções como culpa, vergonha ou tristeza. Esses encadeamentos de respostas públicas e privadas que ocorrem com cada um dos 5 participantes são ilustrativos das complexas contingências relacionadas à alimentação e à imagem corporal (Guilhardi 2011; Guilhardi 2014)

Os terapeutas podem auxiliar os pacientes a desenvolver uma maior capacidade de aceitação, utilizando exercícios de práticas de aceitação, a ferramenta Matrix e técnicas de defusão cognitiva. Além disso, a ACT direciona o foco para os valores pessoais. Os terapeutas podem trabalhar com os pacientes para identificar seus valores fundamentais e orientá-los a tomar decisões alimentares e de estilo de vida que estejam em consonância com esses valores. Os terapeutas auxiliam os pacientes a se adaptarem de forma mais eficaz às demandas da vida, incentivando-os a se tornarem conscientes de padrões de pensamento rígidos e a explorar alternativas. É importante reconhecer que a aplicação da ACT pode exigir adaptações para atender às necessidades específicas dos participantes.

A utilização da Matrix como ferramenta de intervenção na psicoterapia ACT com os cinco participantes que sofrem de bulimia nervosa oferece uma engenharia comportamental que pode ter servido como um meio tangível para examinarem suas experiências, comportamentos e valores de uma maneira que os ajudou a compreender melhor a relação entre seus pensamentos, emoções e ações. Ao classificar suas experiências nos diferentes quadrantes da Matrix, os participantes podem ter desenvolvido uma maior consciência das funções de seus comportamentos e das implicações de suas ações em relação aos seus valores pessoais. Além disso, as perguntas direcionadas pelo terapeuta durante a utilização da Matrix podem ter ajudado os participantes a explorar mais profundamente suas experiências internas e a identificar padrões de comportamento que contribuem para sua bulimia nervosa. Por exemplo, perguntas como "O que você faz para se afastar da experiência interior indesejada?" podem ter permitido aos participantes refletir sobre suas estratégias de enfrentamento e reconhecer padrões disfuncionais, como a compulsão alimentar seguida de vômitos. Ao compreenderem melhor a relação entre seus pensamentos, emoções e ações os pacientes junto aos terapeutas listam as atividades que dão prazer ao paciente, bem como as atividades que tendem a ser mais aversivas e provocam o comer compulsivo. Com base no levantamento das atividades, é planejado a construção de um repertório (desenvolvimento de habilidades sociais para P4, por exemplo) que potencialize as possibilidades de reforçamento positivo e diminuam o comer compulsivo. Através da colaboração entre terapeutas e participantes na utilização da Matrix, os participantes podem ter desenvolvido uma compreensão mais clara de como seus comportamentos estão relacionados aos seus valores e objetivos de vida. Isso pode ter facilitado o processo de identificação de metas terapêuticas e a formulação de estratégias para alcançá-las (Villatte, Villatte & Hayes, 2015).

Os exercícios de aceitação envolvem o terapeuta trabalhar a relação da imagem com o corpo. Isto é, os participantes são encorajados a se exporem às emoções desconfortáveis,

sensações físicas desagradáveis ou pensamentos perturbadores que estão ligados às partes do corpo que são relacionados com Gordo como negativo e Magro como positivo. O terapeuta trabalha com os participantes para identificar quais partes do corpo estão associadas a sentimentos de inadequação, vergonha ou autoaversão. Isso pode incluir partes do corpo que o cliente percebe como "gordas" ou que estão em desacordo com os ideais de beleza culturalmente estabelecidos. Uma vez identificadas essas áreas, o terapeuta encoraja o participante a se expor gradualmente a essas sensações desconfortáveis. À medida que o participante se expõe a essas sensações desconfortáveis, o terapeuta ajuda a reconstruir o significado associado às partes do corpo utilizando dessa exploração guiada. Ao explorar suas emoções, sensações físicas e pensamentos relacionadas à imagem corporal por meio de questionamentos reflexivos, investigações abertas e exploração de experiências passadas relevantes. No caso do P2, durante uma sessão de terapia, por exemplo, o terapeuta pode começar a perguntar a P2 sobre suas experiências acadêmicas e como elas estão impactando sua autoimagem e percepção do corpo. Durante essa exploração guiada, o terapeuta pode fazer perguntas abertas para cultivo P2 a reflexão sobre suas emoções e sensações físicas. Por exemplo:

Terapeuta: "P2, você pode me contar um pouco mais sobre como se sentir durante as aulas teóricas da faculdade? Quais são os sentimentos que surgem quando você está enfrentando dificuldades acadêmicas?"

P2: "Eu me sinto muito frustrado e estressado. Às vezes, parece que não consigo acompanhar o ritmo das aulas e isso me deixa ansioso e deprimido."

Terapeuta: "Entendo. E como esses sentimentos se manifestam em seu corpo? Você percebe alguma sensação física quando está se sentindo assim?"

P2: "Sim, eu sinto um aperto no peito e meu estômago fica embrulhado. Parece que toda essa ansiedade está se acumulando dentro de mim."

O reforço de respostas de aproximação (elogios, validação e apoio) acaba mudando a relação de sua autoimagem. Isso pode incluir expressões verbais de compreensão, como "Eu entendo isso como pode ser difícil para você" ou "Estou aqui para apoiá-lo enquanto exploramos esses sentimentos juntos". O terapeuta também pode fornecer feedback positivo

sobre insights ou padrões identificados durante a exploração, ajudando o participante a reconhecer seu próprio progresso e crescimento ao longo do processo terapêutico. O princípio da aceitação é enfraquecer a esquiva e fortalecer respostas alternativas à esquiva na presença dos estímulos desencadeadores. O aumento da tolerância leva ao desenvolvimento de repertórios psicológicos mais flexíveis e adaptativos (Sandoz et, 2011).

Apesar dos resultados promissores encontrados neste estudo, é fundamental reconhecer algumas limitações que podem influenciar a interpretação dos achados e sua generalização. Uma das principais limitações é o tamanho da amostra, pois o estudo utilizou apenas cinco participantes, o que significa que os resultados foram baseados na análise deles. Foi feito delineamento de caso único AB, embora esse tipo de delineamento seja comumente usados em estudos de intervenção comportamental, a generalização dos resultados para uma população mais ampla pode ser limitada devido ao tamanho reduzido da amostra. Outra limitação importante é a falta de um grupo de controle comparativo. A ausência de um grupo de controle torna difícil determinar se as mudanças observadas nos participantes foram realmente causadas pela intervenção baseada em ACT ou se poderiam ser atribuídas a outros fatores, como o passar do tempo. Um grupo de controle permitiria uma comparação mais precisa dos efeitos da intervenção em relação às condições de tratamento ou outras intervenções terapêuticas (Kazdin, 2011).

Além disso, é importante considerar a possibilidade de viés de resposta nos instrumentos de autoavaliação utilizados neste estudo. Os participantes podem ter sido influenciados por vários fatores, e isso pode ter impactado os resultados, tornando-os menos precisos ou confiáveis (Martin & Pear, 2018). A utilização de instrumentos adicionais de coleta de dados, com medidas de comportamento observadas, como o NL-IRAP, é possível obter uma compreensão mais completa e abrangente dos efeitos da intervenção, complementando as informações autorrelatadas. Ao incorporar tanto medidas autorrelatadas

quanto comportamentais, os pesquisadores podem obter uma compreensão mais holística e robusta dos resultados da intervenção. Essa abordagem permite uma validação cruzada dos resultados, aumentando a confiabilidade e a validade das conclusões do estudo. Portanto, a utilização de métodos mistos de coleta de dados nesta pesquisa é uma estratégia importante para fornecer uma avaliação mais abrangente dos efeitos da intervenção baseada em ACT para a bulimia nervosa (Kazdin, 2011).

Estudos futuros podem buscar replicar esses achados em amostras maiores e incluir grupos de controle comparativos para validar ainda mais a eficácia da intervenção baseada em ACT no tratamento da bulimia nervosa. Essas abordagens podem contribuir significativamente para o avanço do conhecimento e prática clínica no campo do tratamento da bulimia nervosa. Para futuras pesquisas, é importante explorar mais a fundo os mecanismos de mudança subjacentes à eficácia da ACT no tratamento dessa população. Embora este estudo tenha demonstrado resultados promissores, uma compreensão mais aprofundada dos processos psicológicos e comportamentais que mediam os efeitos da psicoterapia pode fornecer insights valiosos para aprimorar intervenções futuras. Isso pode envolver a realização de estudos qualitativos para explorar as experiências dos participantes durante o tratamento, bem como estudos longitudinais para examinar como as mudanças ao longo do tempo se relacionam com os resultados do tratamento. Além disso, é interessante investigar intervenções combinadas que integram a ACT com outras abordagens terapêuticas. A combinação de diferentes abordagens pode potencialmente ampliar os benefícios terapêuticos e abordar uma variedade de necessidades individuais dos pacientes (Russell et al., 2023)

Outra área importante para pesquisas futuras é a exploração de fatores de moderação que possam influenciar a resposta ao tratamento. Isso pode incluir a investigação de características individuais dos pacientes, como idade, gênero, gravidade dos sintomas e

história de tratamento prévio, que podem modular os efeitos da intervenção. Compreender quais pacientes podem se beneficiar mais da terapia baseada em ACT pode ajudar a orientar a alocação de recursos clínicos e a personalização do tratamento (Oshiro & Vartanian, 2023).

Em resumo, investigações futuras que se concentrem nos mecanismos de mudança, intervenções combinadas e fatores de moderação podem enriquecer nossa compreensão da eficácia da ACT no tratamento da bulimia nervosa e informar o desenvolvimento de modelos psicoterapêuticos mais eficazes e personalizados para essa população. Este estudo contribui para o corpo de conhecimento sobre o tratamento da bulimia nervosa no Brasil, demonstrando que a intervenção baseada no manual de Sandoz et al (2011) pode ser eficaz na redução da gravidade e na melhoria da qualidade de vida relacionada aos sintomas de transtorno alimentar.

Em conclusão, este estudo destaca a promissora eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no tratamento da bulimia nervosa, oferecendo insights valiosos sobre os benefícios da abordagem baseada na flexibilidade psicológica e na aceitação das experiências internas dos pacientes. Os resultados demonstraram melhorias significativas na aceitação, fusão cognitiva, flexibilidade relacional e redução do comportamento de comer compulsivo ao longo da intervenção, indicando um progresso positivo no tratamento. Com uma abordagem personalizada e adaptada às necessidades individuais dos pacientes, a ACT emerge como uma ferramenta valiosa na abordagem holística e multidimensional da bulimia nervosa, oferecendo oportunidades para uma recuperação sustentada e significativa.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, fica evidente que a ACT emerge como um modelo psicoterapêutico promissor no tratamento da bulimia nervosa. Os achados sugerem uma melhoria significativa na aceitação das experiências internas dos pacientes, uma redução na fusão cognitiva e uma maior flexibilidade relacional após a intervenção. Além disso,

houve uma diminuição na frequência do comportamento de comer compulsivo ao longo das semanas de intervenção. Esses resultados indicam uma resposta positiva à psicoterapia ACT, destacando sua eficácia potencial em ajudar os pacientes a lidar com os desafios complexos associados à bulimia nervosa (Hayes & Hofmann, 2020).

A análise individual dos participantes também forneceu insights valiosos sobre como a psicoterapia baseada em ACT pode ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente. Os relatos pessoais dos participantes destacam a complexidade das contingências em vigor e ilustram a variedade de desafios emocionais, cognitivos e comportamentais enfrentados por cada participante. Embora os resultados sejam promissores, é importante reconhecer as limitações do estudo, essas limitações destacam a necessidade de pesquisas futuras com amostras maiores e desenhos de estudo mais robustos para validar ainda mais a eficácia da ACT no tratamento da bulimia nervosa (Hofmann, Hayes & Lorscheid, 2021).

Em suma, os resultados deste estudo contribuem para o corpo crescente de evidências que apoiam a eficácia da psicoterapia baseada em ACT no tratamento da bulimia nervosa. Ao reconhecer a complexidade da etiologia e dos sintomas deste transtorno alimentar, a ACT oferece uma forma que não apenas visa na a redução dos sintomas específicos, mas também a promoção da aceitação, flexibilidade psicológica e melhoria da qualidade de vida geral dos pacientes. Esses achados têm importantes implicações para a prática clínica, fornecendo insights sobre como os terapeutas podem adaptar e implementar a ACT para atender às necessidades individuais dos pacientes com bulimia nervosa, visando uma recuperação sustentada e significativa.

Referências

- Abreu, C. N. & Cangelli Filho, R. (2004). Anorexia Nervosa e bulimia nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 194–202.
- Alvarenga, M., Dahás, L., & Moraes, C. (2021). *Ciência do comportamento alimentar*. Editora Manole.
- Alvarenga, M., Figueiredo, M., Timerman, F., & Antonaccio, C. (2019). *Nutrição comportamental*. (2ª ed.). Editora Manole.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aratangy, E. W. & Buonfiglio, H. B. (2018). *Como lidar com os transtornos alimentares: guia prático para familiares e pacientes*. Hogrefe.
- Areán, P. A., & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*, 84(1), 30-6. <https://doi.org/10.1159/000365764>.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention*, 20(3), 196–215.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.700166>
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869–878.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869>

- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change*. (2nd ed.). Allyn & Bacon.
- Barnes, D., Barnes-Holmes, D., Power, P., Hayden, E., Milne, R., & Stewart, I. (1997). Establishing relational responding in accordance with more-than and less-than as generalized operant behavior in young children. *The Psychological Record*, 47(2), 231–246.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2004). Relational frame theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 285–295.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & Boles, S. (2010). A sketch of the implicit relational assessment procedure (IRAP) and the relational elaboration and coherence (REC) model. *The Psychological Record*, 60(3), 527–542.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEntegart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between relational frame theory and middle-level terms in acceptance and commitment therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. (pp. 365–382). Wiley-Blackwell.
- Barnes-Holmes, D., & Harte, C. (2022). The IRAP as a Measure of Implicit Cognition: A Case of Frankenstein's Monster. *Perspectives on Behavior Science*, 45(2).
<https://doi.org/10.1007/s40614-022-00352-z>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49. Recuperado de
<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/711>

- Berman, M. (2018). *A Clinician's Guide to Acceptance-Based Approaches for Weight Concerns: The Accept Yourself! Framework*. Routledge.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, *17*(6), 426–34.
<https://doi.org/10.1002/erv.962>
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, *9*(3), 139–152. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4>
- Bianchi, P. H., Perez, W. F., Harte, C., & Barnes-Holmes, D. (2021). Effects of coherence on speaker preference and persistent rule-following. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, *12*(1).
- Bortoloti, R., Schmidt, M., Harte, C., & Barnes-Holmes, D. (2023). Feel the Func: Interpreting IRAP Performances Based on Cfunc versus Crel Stimulus Properties. *The Psychological Record*, *73*(2). <https://doi.org/10.1007/s40732-023-00557-x>
- Blackledge, J. T., & Drake, C. E. (2013). Acceptance and commitment therapy: Empirical and theoretical considerations. In S. Dymond & B. Roche (Eds.), *Advances in relational frame theory: Research and application* (pp. 219–252). New Harbinger Publications, Inc..
- Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., & Juarascio, A. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of physical activity & health*, *8*(4), 516–522. <https://doi.org/10.1123/jpah.8.4.516>
- Brockmeyer, T., Febry, H., Leiteritz-Rausch, A., et al. (2022). Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00547-4>

- Carpenter, K. M., Martinez, D., Vadhan, N. P., Barnes-Holmes, D., & Nunes, E. V. (2012). Measures of attentional bias and relational responding are associated with behavioral treatment outcome for cocaine dependence. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(2), 146–154. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.643986>
- David, D., Lynn, S. J., & Montgomery, G. H. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. Wiley Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781119462996>
- Dann, K. M., Hay, P., & Touyz, S. (2021). Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00392-x>
- Devos, T. (2008). *Implicit attitudes 101: Theoretical and empirical Insights*. Psychology Press.
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts*. Routledge.
- Duchesne, M., Appolinário, C. J., Rangé, P. B., Feitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80–92.
- Dymond, S., & Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of same and opposite. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 64(2), 217–236.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. (pp. 7–22). Guilford.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. E. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659–665.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., Wilson, G. T. (1993). Cognitive Behavior therapy for binge eating and bulimia: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairbur & G.T Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment*. (pp. 361–404). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64–71.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13(1), 282.
- Forman, E.M., Hoffman, K.L., McGrath, K.B., Herbert, J.D., Brandsma, L.L. & Lowe, M.R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2372-2386
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., et al. (2022). Predictors of outcome following a body image treatment based on acceptance and commitment therapy for patients with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 90.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>
- Gil, L., Roca, P., & Beltrán, D. (2014). Effects of plausibility on metaphorical stimulus relations. *The Psychological Record*, 64(1), 135–148.

- Guilhardi, H. J. (2002). Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento.
https://itcrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf
- Guilhardi, H. J. (2011). Comportamento não causa comportamento.
<https://itcrcampinas.com.br/pdf/helio/comportamento.pdf>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 181–192.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1464–1480.
- Hall, K. D., Astrachan-Fletcher, E., Simic, M., & Lynch, T. R. (2022). *The Radically Open DBT workbook for Eating Disorders: From overcontrol and loneliness to recovery and connection*. New Harbinger Publications.
- Hallis, L., Cameli, L., Bekkouche, N. S., & Knäuper, B. (2017). Combining Cognitive Therapy With Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Group Therapy Feasibility Study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 31*(3), 171–190.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.31.3.171>
- Harte, C., Perez, W. F., & Kovac, R. (2023). Agir com significado: alguns insights a partir de avanços na teoria das molduras relacionais. *Boletim Paradigma, 18*, 2023.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple*. New Harbinger Publications.
- Harrison, C., Mond, J., Bentley, C. et al. Loss of control eating with and without the undue influence of weight or shape on self-evaluation: evidence from an adolescent population. *J Eat Disord 2, 31* (2014). <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0031-1>

- Hayes, L. L., & Ciarrochi, J. V. (2015). *The thriving adolescent: Using Acceptance and Commitment Therapy and Positive Psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas*. Sinopsys.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. (2^a ed.). Guilford.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos: Ciência e Competências Clínicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Oakland, CA: Context Press.
- Haynos, A. F.; Forman, E. M.; Butryn, M. L.; Lillis, J. (2016). *Mindfulness and Acceptance for treating eating disorders and weight concerns: Evidence-based interventions (The Context Press Mindfulness and Acceptance Practica Series)*. Context Press.
- Heffner, M., Eifert, G. H., & Hayes, S. C. (2004). *The Anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering, and reclaim your life (a new harbinger self-help workbook)*. New Harbinger Publications.
- Heffner, M., Sperry, J., & Eifert, G. H. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232–236.

- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., & Forman, E. M. (2013). The importance of theory in cognitive behavior therapy: A perspective of contextual behavioral science. *Behavior Therapy*, 44(4), 580–591.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.001>
- Heywood, L., Conti, J., & Hay, P. (2022). Paper 1: a systematic synthesis of narrative therapy treatment components for the treatment of eating disorders *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00635-5>
- Hooper, N., Villatte, M., Neofotistou, E., & McHugh, L. (2010). The effects of mindfulness versus thought suppression on implicit and explicit measures of experiential avoidance. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 233–244. <https://doi.org/10.1037/h0100910>
- Holmqvist Larsson, K., Lowén, A., Hellerstedt, L., et al. (2020). Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Oakland, CA: Context Press.
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., Benishek, L. E., King, H. B., & Salas, E. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *The Journal of applied psychology*, 101(9), 1266–1304.
<https://doi.org/10.1037/apl0000120>
- Hughes, S., Barnes-Holmes, D. On the Formation and Persistence of Implicit Attitudes: New Evidence From the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP). *Psychol Rec* 61, 391–410 (2011). <https://doi.org/10.1007/BF03395768>

- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., & Morgan, J. R. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for women diagnosed with Binge Eating Disorder: A case-series Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(3), 367–378.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- Hower, H., LaMarre, A., Bachner-Melman, R., Harrop, E. N., McGilley, B. & Kenny, T. E. (2022). Conceptualizing eating disorder recovery research: Current perspectives and future research directions. *Journal of Eating Disorders, 10*(165).
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00678-8>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H.G., Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hussey, I., Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2015). From Relational Frame Theory to implicit attitudes and back again: clarifying the link between RFT and IRAP research. *Current Opinion in Psychology, 2*, 11–15.
- Ingberman, Y. K., Gouveia, M. de A., & Oliveira, C. A. de. (2021). Terapia Analítico-Comportamental: Pesquisas De Processo-Resultado E Relatos De Experiência. CRV.
- Juarascio, A., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of co-morbid eating pathology. *Behavior Modification, 34*, 175–190.
- Kandel, E. R., Koester, J. D., Mack, S. H., & Siegelbaum, S. A. (2021). *Principles of Neural Science*. (6^a ed.). McGraw Hill/Medical.
- Kavanagh, D., Roelandt, A., Van Raemdonck, L., et al. (2019). The On-Going Search for Perspective-Taking IRAPs: Exploring the Potential of the Natural Language-IRAP. *Psychological Record, 69*(2), 291–314. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00333-w>

- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Katan, A., & Kelly, A.C. (2023). A daily diary study of self-compassion and adaptive coping behaviors in women with symptoms of bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00755-6>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 363–371.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Fap: psicoterapia analítica funcional*. Esetec.
- Kovac, R. (2019). Efeitos de intervenções da terapia de aceitação e compromisso na transformação de função de estímulos arbitrariamente relacionados (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-15012019-153511>
- Lammers, M.W., Vroling, M. S., Crosby, R. D. & van Strien, T. (2021). Correction to: Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: A controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 9(165). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00515-4>
- Ledford, J. R., Gast, D. L., & Siperstein, G. N. (2019). *Single subject research methodology in behavioral sciences*. Routledge.

- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2014). *The diet trap: feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(1), 58–69. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>
- Lipkens, G., Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1993). Longitudinal study of derived stimulus relations in an infant. *Journal of Experimental Child Psychology*, 56, 201-239.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Estudo de invariância fatorial do Questionário de Fusão Cognitiva relacionada a Imagem Corporal (CFQ-BI). In: Resumos de comunicação científica da 45 reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. ISSN: 2176-5243.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015, abr). Propriedades psicométricas da versão brasileira do cognitive fusion questionnaire (CFQ-7): um estudo com análise multigrupos de invariância fatorial. In: C. B. Neufeld, A. Sardinha, & P. C. Palma (Org.), Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas. ISBN: 978-85-66867-01-5.
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., da Silva Oliveira, M., & Pistorello, J. (2024). Manual Internacional da Terapia de Aceitação e Compromisso: O Livro Essencial da ACT. Editora Fênix Sefarad.

- Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *EduPsykhé*, , 173-201.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). The six core process of ACT and their common target. In AUTORES Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapist (pp. 9-22). ACIDADE: New Harbinger Publications.
- McKenna, I., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2007). Testing the Fakeability of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): The first study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 253- 268.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 115-122. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9223-7>
- Martin, G., & Pear, J. (2018). *Modificação de Comportamento: O que é e como fazer*. São Paulo: Editora Roca.
- Marcon, R. M. (2020). *A Clínica Analítico-Comportamental: Estudos de Caso*. CRV.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2004). Perspective taking and theory of mind in autism: The need for a relational frame account. *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 185–198.
- Melo, M. R. A., Moreira, J. D. S., & Santana, A. N. (2020). *Psicologia baseada em evidências: integrando a ciência com a prática profissional*. Editora CRV.
- Merwin, R. M.; Zucker, N. L.; Wilson, K. G. (2019). *ACT for Anorexia Nervosa: A guide for clinicians*. Guilford Publications.
- Merwin, R. M., & Moskovich, A. A. (2024). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para controle mal-adaptativo do comer e do peso. In P. Lucena-Santos, S. A. Carvalho, J. Pinto-Gouveia, M. da Silva Oliveira, & J. Pistorello (Eds.), *Manual*

Internacional da Terapia de Aceitação e Compromisso: O Livro Essencial da ACT (Capítulo 19). Editora Fênix Sefarad.

Miyazaki, E. S. (2017). *Terapia de Aceitação e Compromisso em grupo para dor crônica*. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

Mulhern, T. (2022). *Relational Frame Theory: Made simple*. Springer.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating disorders—Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (Clinical Guideline No. 9). London: Author. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/CG9

O'Hora, D., Barnes-Holmes, D., Roche, B., & Smeets, P. M. (2005). Derived relational responding as learned behavior. *Psychonomic Bulletin & Review*, 12(4), 744–752.

Oshiro, C. K. B., & Vartanian, J. F. (2023). *Habilidades Terapêuticas na Prática da Psicoterapia*. Editora Manole.

Pearson, A.; Macera, M. H.; Follette, V.; Hayes, S. C. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.

Pitanga, A. V. (Ed.). (2021). *Terapia comportamental: relatos de experiências e práticas atuais*. CRV.

Pitanga, A. V., & Santos, A. V. dos. (2022). *Práticas criativas na terapia analítico-comportamental*. CRV.

Polk, K. L., & Schoendorff, B. (Eds.). (2014). *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Context Press/New Harbinger Publications.

- Polk, M.G., Smith, E.L., Zhang, L., & Neupert, S.D. (2020). Thinking ahead and staying in the present: Implications for reactivity to daily stressors. *Personality and Individual Differences*, 161, 109971.
- Poubel, L., & Rodrigues, P. (2019). *Manual Diagnóstico Contextual-Funcional dos Transtornos Psicológicos*. Letras e Versos.
- Power, P. M., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of implicit relative preferences: A first study. *The Psychological Record*, 59, 621-640. doi: 10.1007/BF03395684
- Russell, H., Aouad, P., Le, A., et al. (2023). Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 175.
<https://doi.org/10.1186/s40337-023-00886-w>
- Saban, M. T., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2015). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. Artesã.
- Safer, D. L., Adler, S., & Masson, P. C. (2018). *The DBT solution for emotional eating: A proven program to break the cycle of bingeing and out-of-control eating*. Guilford Publications.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2017). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.

- Sandoz, E., & Dufrene, T. (2014). *Living with your body and other things you hate: How to let go of your struggle with body image using acceptance & commitment therapy*. New York: New Harbinger Publications.
- Sandoz, E., Wilson, K., & DuFrene, T. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Sapolsky, R. M. (2021). *Comporte-se: A biologia humana em nosso melhor e pior*. Companhia das Letras.
- Schlund, M. W., Cataldo, M. F. & Hoehn-Saric, R. (2008). Neural correlates of derived relational responding on tests of stimulus equivalence. *Behavioral Brain Functions*, 4(6). <https://doi.org/10.1186/1744-9081-4-6>
- Schlund, M. W., Hoehn-Saric, R., & Cataldo, M. F. (2007). New knowledge derived from learned knowledge: functional-anatomic correlates of stimulus equivalence. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 87(2), 287–307. <https://doi.org/10.1901/jeab.2007.93-05>
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 14(1), 5–13.
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International journal of eating disorders*, 53(5), 520–531. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129–137. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000100010&lng=pt&tlng=pt

- Stapleton, A., Cotter, E., & McHugh, L. (2022). Exploring the natural language-IRAP as a potential measure of adolescents' perspective-taking. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.09.007>
- Steele, M. M., & Hayes, S. C. (1991). Stimulus equivalence and arbitrarily applicable relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56(3), 519–555.
- Stewart, I. (2016). The origin and nature of the “transformed” stimulus function. *European Journal of Behavior Analysis*, 17(2), 179–200.
- Stewart, I., & Roche, B. (2013). Matching-to-sample and successive matching-to-sample: A taxonomy of three-component performances. *The Psychological Record*, 63(1), 3–16
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2013). A functional-analytic model of analogy using the Relational Elaboration and Coherence (REC) model. *Journal of Experimental Psychology: General*, 142(4), 1009–1027.
- Sturm, V. E., Hua, A. Y., & Rosen, H. J. (2018). Self-awareness and frontal lobe networks. In B. L. Miller & J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes: Functions and disorders*. (pp. 171–183). The Guilford Press.
- Stuss, D. T., Rosenbaum, R. S., Malcolm, S., Christiana, W., & Keenan, J. P. (2005). The Frontal Lobes and Self-Awareness. In T. E. Feinberg & J. P. Keenan (Eds.), *The lost self: Pathologies of the brain and identity* (pp. 50–64). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195173413.003.0005>
- Tarbox, J., Szabo, T. G., & Aclan, M. (2022). Acceptance and Commitment Training Within the Scope of Practice of Applied Behavior Analysis. *Behavior Analysis in Practice*, 15, 11–32. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00466-3>
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Trindade, A. P., Appolinario, J. C., Mattos, P., Treasure, J., & Nazar, B. P.. (2019). Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 179–187.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014>
- Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (2023). *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Vahey, N. A., Nicholson, E., & Barnes-Holmes, D. (2015). A meta-analysis of criterion effects for the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) in the clinical domain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 59–65.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.01.004>
- Vannest, K. J., Burns, M. K., & Riley-Tillman, T. C. (2019). *Handbook of research methods in diversity management, equality and inclusion at work*. Edward Elgar Publishing.
- Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–527.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Wade, T. D., Keski-Rahkonen A., & Hudson J. (2011). Epidemiology of eating disorders. In M. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (3rd ed.) (pp. 343–360). New York: Wiley.
- Waller, D., Fairburn, C., McPherson, A., Kay, R., Lee, A., & Nowell, T. (1996). Treating bulimia in primary care: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 99–103.
- Wilson, B. (2017). *Como aprendemos a comer: Por que a alimentação dá tão errado para tanta gente e como fazer escolhas melhores*. (J. Romeiro, Trad.). Zahar.

- Wilson, D. S., & Hayes, S. C. (2018). *Evolution and contextual behavioral science: An integrated framework for understanding, predicting, and influencing human behavior*. Oakland: Context Press.
- Wilson, G. T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 439–465.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*, 199–216.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60*, 249-272.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 1*, 77-89.

Apêndices

Apêndice A

Folheto da Chamada para Pesquisa

instituto par
ciências do comportamento

CONVITE PARA PESQUISA

Terapia de Aceitação e Compromisso para transtornos de alimentação: Caso da Bulimia Nervosa

Vamos participar de uma pesquisa?

Se você tem o diagnóstico de Bulimia Nervosa está sendo convidado e convidada a participar

Considerando que a Bulimia Nervosa está associada a prejuízo na qualidade de vida e problema no desempenho social, é importante obter algum tratamento para esta condição. O presente estudo se propõe a isso.

A presente pesquisa se propõe a estudar os efeitos da intervenção da Terapia de Aceitação e Compromisso para Bulimia Nervosa

A intervenção tem como base o atendimento psicológico de 60 minutos semanais, durante 12 semanas

Em caso de interesse, entrar em contato com o seguinte número: (16) 98244-3705 ou acesse o QR Code, para que seja esclarecida dúvidas e caso aceite participar será marcado dia e horário para o início da pesquisa

O participante será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer dúvidas em qualquer etapa da pesquisa

Em caso de dúvidas entre em contato

Celular:
(16)98244-3705

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Igor José Coelho Pacheco e Oliveira sou Pesquisador Responsável da pesquisa intitulada "Estruturas Relacionais Verbais mantenedoras de transtornos de alimentação: o caso da Bulimia", sob a orientação dos professores Dr. Roberto Alves Banaco e Dr. Eduardo Santos Miyazaki. O presente estudo se propõe a avaliar o efeito da intervenção da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para Bulimia Nervosa. Será utilizado um manual como base para mudanças positivas no que se refere aos episódios de comer compulsivo.

Por meio deste documento, viemos convidá-lo (a) a participar como voluntário deste estudo. A pesquisa é de intervenção em pessoas com Bulimia Nervosa e tem por base atendimento psicoterápico com 60 minutos semanais durante 12 semanas. A pesquisa será realizada no Instituto Pa – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Bartira, 1294 - Perdizes, São Paulo - SP, 05009-000. Inicialmente será solicitado que você responda a um conjunto de questionários e um exercício de computador relacionados a flexibilidade psicológica e comportamento alimentar. Não será avaliada sua inteligência ou sua personalidade por meio desse exercício. Na semana seguinte será iniciada a intervenção manualizada. Você responderá aos questionários e o fará o exercício no computador antes da intervenção tão logo ela acabe e após três meses do término da intervenção.

Nos comprometemos a preservar o sigilo de sua identidade e informamos que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa. Os resultados e dados obtidos poderão ser divulgados em artigos ou eventos científicos, mas em nenhum momento será divulgado o seu nome.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir esclarecimentos, bastando para isso, entrar em contato com o pesquisador. Exclui-se qualquer vínculo financeiro a ser pago ou recebido pela pesquisa. Caso alguma questão ou etapa do exercício causar desconforto pelos conteúdos abordados o pesquisador irá acolher a sua queixa e conversará sobre isso com você. Os processos trabalhados na intervenção podem trazer riscos, como: sensações e pensamentos desagradáveis, sentimentos negativos ou

dificuldades em lidar com algumas questões. Não há riscos físicos relacionados à sua participação.

O benefício relacionado à sua participação é direto, podendo ser a qualidade de vida melhorada por redução do comportamento de comer compulsivo e aumento de comportamentos alternativos, o desenvolvimento de autoconhecimento e a promoção da independência em relação ao pesquisador. Haverá também benefício indireto de contribuir para este projeto de pesquisa e proporcionar melhorias no atendimento a pacientes. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail, o telefone de contato e o RG do pesquisador responsável pelo projeto e os dados do CRP dos orientadores, podendo tirar as suas dúvidas sobre o trabalho e sua participação, agora ou a qualquer momento. Os resultados obtidos por este estudo ficarão à disposição de todos os participantes, inclusive você, se tiver interesse. Ao final do estudo, caso algum participante ainda se encontre em sofrimento psicológico, ele será encaminhado para clínica psicológica que tem tratamento validado cientificamente.

Eu, _____, portador do RG _____ declaro meu consentimento em participar da pesquisa, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com um pesquisador responsável para esclarecer minhas dúvidas. Acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido (a), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

São Paulo, ____ de _____, 2023.

Assinatura do (a) Participante: _____

Igor José Coelho Pacheco e Oliveira
Pesquisador Responsável
CRP 06/160433
RG 64.846.940-2/SSP
E-mail: ijkirk0@gmail.com

Roberto Alves Banaco
Orientador da Pesquisa
CRP 06/14985

Eduardo Santos Miyazaki
Coorientador da Pesquisa
CRP 06/113598

Apêndice C***Entrevista Clínica Individual*****ROTEIRO DE ENTREVISTA-ANAMNESE**

| | |
|--|--------------------------|
| NOME: _____ | SEXO: () FEM. () MASC. |
| IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____ | TELEFONE: _____ |
| CELULAR: _____ | E-MAIL: _____ |

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**II- QUEIXA**

-O QUE TRAZ VOCÊ AQUI? [QUEIXA PRINCIPAL/QUADRO ATUAL/SINTOMATOLOGIA]

-COMO A QUEIXA SE APRESENTA? [EVOLUÇÃO/ HISTÓRICO/ FATORES ASSOCIADOS/ SITUAÇÕES EM QUE OCORRE]

-SINTOMAS ASSOCIADOS [QUANDO TOMOU CONSCIÊNCIA DA COMPULSÃO/ JÁ EXPERIMENTOU ANSIEDADE OU CULPA POR CAUSA DA COMPULSÃO]

-QUEIXAS SECUNDÁRIAS

-A(S) QUEIXA(S) APRESENTADA(S) INTERFERE(M) COMO NAS ATIVIDADES COTIDIANAS? [RELAÇÕES SOCIAIS/ FAMILIARES/ PROFISSIONAIS]

- JÁ HOUVE PROCURA DE AJUDA, ANTERIOR, PARA RESOLVER A(S) QUEIXA(S)?

III- HISTÓRIA

-INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA [AMBEINTE/RELAÇÕES/DESENVOLVIMENTO FÍSICO, COGNITIVO E SOCIAL/ OUTROS ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS]

-SAÚDE [PASSADO E ATUAL]

FEZ OU FAZ USO DE MEDICAMENTO(S)?

() NÃO

() SIM

QUAL(AIS): _____

OBSERVAÇÕES: _____

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM NUTRICIONISTA E PSIQUIATRA?

NÃO

SIM

QUAL(AIS): _____

OBSERVAÇÕES: _____

-HABITOS ALIMENTARES [HORÁRIOS/ VARIEDADES/ RESTRIÇÕES/ COMPULSÕES]

-FUMA OU FUMOU?

NÃO

SIM

OBSERVAÇÕES: _____

TOMA OU TOMOU BEBIDA(S) ALCOÓLICA(S)

NÃO

SIM

OBSERVAÇÕES: _____

FEZ OU FAZ USO DE DROGA(S)?

NÃO

SIM

OBSERVAÇÕES: _____

-PADRÃO(ÕES) DE SONO [HORA(S) DIÁRIA(S) DE SONO/ HÁBITO(S)/ MEDICAÇÃO(ÕES)]

IV-PERCURSO PROFISSIONAL

-DESEMPENHO PROFISSIONAL ATUAL

() ÓTIMO

() SATISFATÓRIO

() INSATISFATÓRIO

-COMO É(SÃO) A(S) RELAÇÃO(ÕES)? [ESCOLHA PROFISSIONAL/ EMPREGOS ANTERIORES/ ADAPTAÇÃO/ CHEFIA/ SATISFAÇÃO/ META(S)/ REMUNERAÇÃO]

V- HÁBITO(S) SOCIAL(AIS) E FAMILIAR(ES)

-RELACIONAMENTO(S) FAMILIAR(ES) [DINÂMICA FAMILIAR]

-COMPOSIÇÃO FAMILIAR

| PARENTESCO | NOME | IDADE | ESTADO CIVIL | INSTRUÇÃO | OCUPAÇÃO |
|------------|------|-------|--------------|-----------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

-HISTÓRICO FAMILIAR DE TRANSTORNO (S) MENTAL(AIS)

COMO SE APRESENTA(M) A(S) RELAÇÃO(ÕES) DE AMIZADE(S)? [COLEGA(S)/ AMIGO(A)(S)/ATIVIDADE(S)]

DISPONIBILIDADE(S) DE HORÁRIO (S) PARA O ATENDIMENTO

MANHÃ: ()SEGUNDA ()TERÇA ()QUARTA () QUINTA () SEXTA

TARDE: ()SEGUNDA ()TERÇA ()QUARTA () QUINTA () SEXTA

OBSERVAÇÃO(ÕES)_____

DATA DA ENTREVISTA:_____

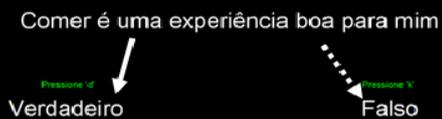
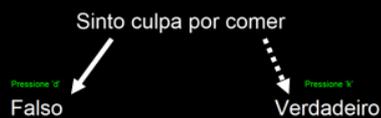
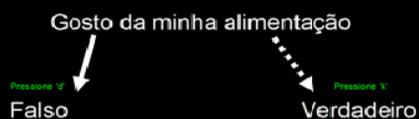
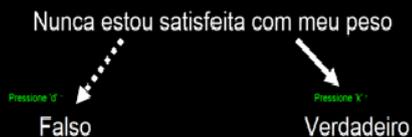
DURAÇÃO DA ENTREVISTA_____

ENTREVISTADOR:_____

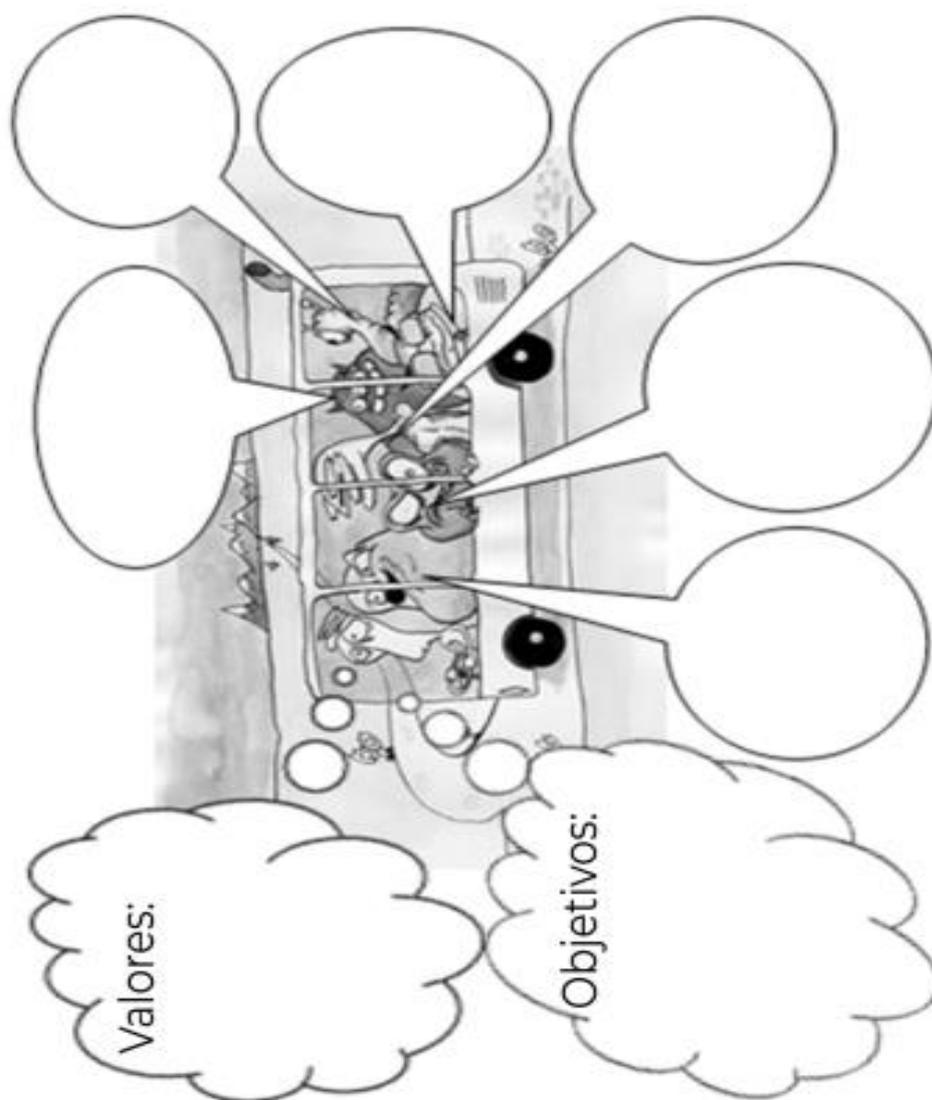
Apêndice D

Exemplo Ilustrado do IRAP

Nesta tarefa serão apresentadas palavras no topo e logo abaixo. Você terá que relacionar as palavras de acordo com a regra inicial. As opções VERDADEIRO e FALSO irão trocar de posição. Para escolher a da direita, pressione "L" e para escolher a da esquerda pressione "D". Se você errar, será apresentado um X. Para continuar você deve pressionar a tecla correta. Responda com a maior precisão que você puder e então naturalmente conseguirá responder mais rápido. Continue respondendo o mais rápido e preciso que você conseguir. Tanto primeiro responder corretamente e naturalmente você conseguirá responder mais rápido. Aprenda a seguir a regra antes de tentar responder rapidamente. Nesta tarefa serão apresentadas palavras no topo e logo abaixo. Você terá que relacionar as palavras de acordo com a regra inicial. As opções VERDADEIRO e FALSO irão trocar de posição. Para escolher a da direita, pressione "L" e para escolher a da esquerda pressione "D". Se você errar, será apresentado um X. Para continuar você deve pressionar a tecla correta. Responda com a maior precisão que você puder e então naturalmente conseguirá responder mais rápido. Continue respondendo o mais rápido e preciso que você conseguir. Tanto primeiro responder corretamente e naturalmente você conseguirá responder mais rápido. Aprenda a seguir a regra antes de tentar responder rapidamente.



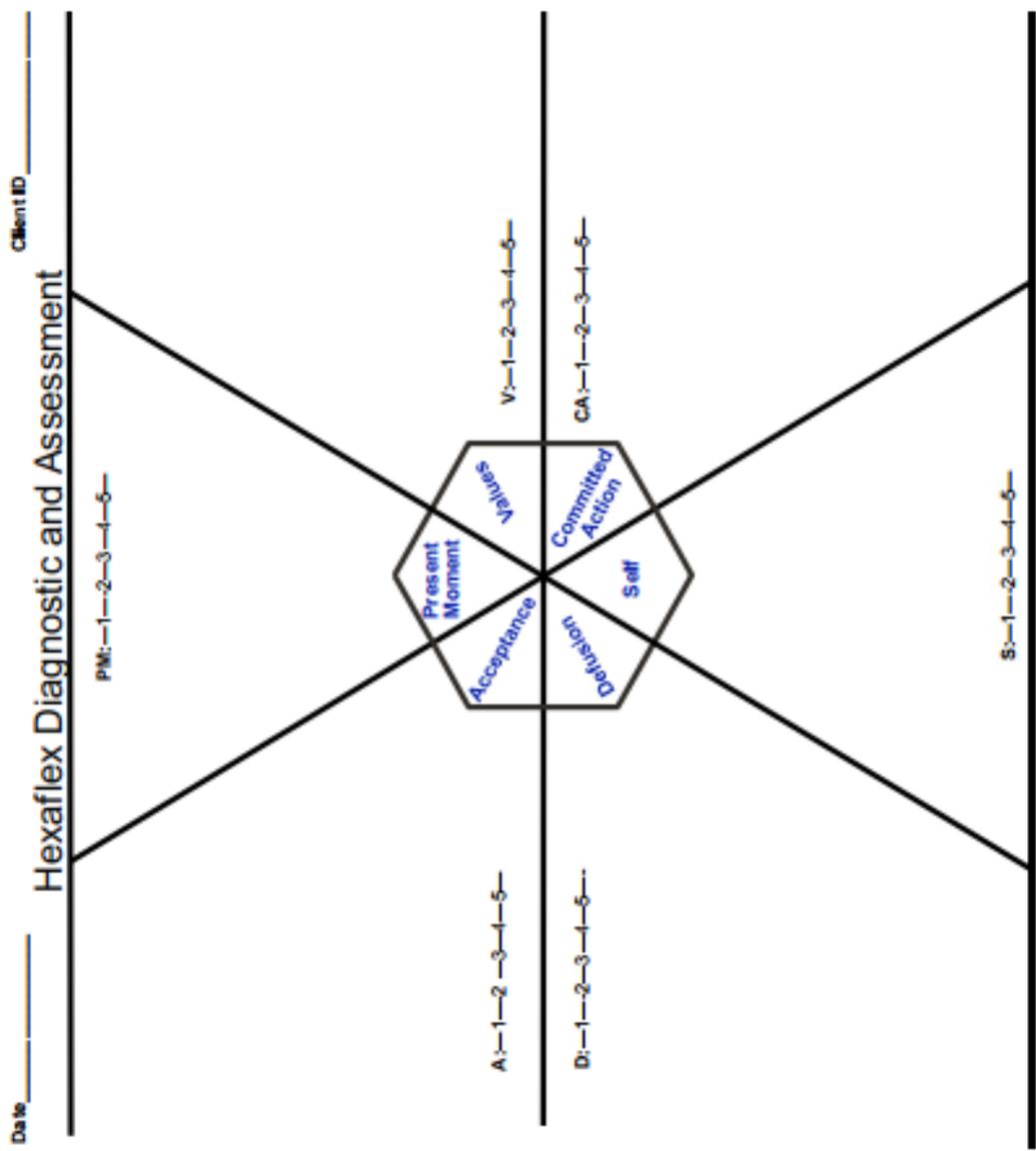
DUVIDAS?

Apêndice E*Ilustração dos Passageiros do ônibus*

Anexos

Anexo 1

Hexaflex Functional Diagnostic Experiential Interview (HFDEI)



Fusion/Defusion Worksheet

date: _____

client ID: _____

Fusion: Assess fused thoughts, beliefs, emotions, evaluations. stories about "how the world is," "what happened (past fusion)," "what the future will be like (future fusion)," why clients believe they have the problems they have (past fusion), beliefs about what would have to happen in order for them to move ahead in life and whether that is viewed as possible. Include stories about people in the client's life, especially when "how they are" is a strong theme. Stories about past, future, and current situation that have the feel of inflexibility. Work to get a felt sense of the interiority of these stories (bring present moment focus to them). Stay out of conversations about the veracity of possibility/impossibility, truth/falsity, or justice/injustice of the stories, except to get a felt sense of the clients experience of possibility/impossibility, truth/falsity, or justice/injustice—stay mindful, these will hook you!

Past Fusion

Future Fusion

World Fusion

Others Fusion

Commitment Worksheet

date: _____

client ID: _____

Domain and Specifics of Commitment: Assess domains of committed action and meaning of commitment. In a world where the client could make and keep commitments, what commitments would they make and keep? What is a major commitment they would like to make and keep? What small, but meaningful commitment would they like to make and keep? Very present moment focused assessment will be helpful here.

Commitment Fusion/Avoidance: Assess client stories about commitment—especially failures, inevitabilities, or any story that contains a strong sense of limitation or constraint. You will find these if you mindfully examine commitments in valued domains using the questions above.

Anexo 3

Questionário de Aceitação e Ação da imagem corporal (BI-AAQ)

Questionário de Aceitação e Ação da imagem corporal

BI-AAQ

(Sandoz et al., 2013)

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

Abaixo, você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, indique a frequência em que cada situação acontece, escrevendo o número que mais representa a sua resposta. Use a seguinte escala de classificação para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acreditasse que uma afirmação é "Sempre Verdadeira", você escreveria "7" ao lado dessa afirmação.

| Nunca verdadeira | Quase nunca verdadeira | Pouco verdadeira | Às vezes verdadeira | Frequentemente verdadeira | Quase sempre verdadeira | Sempre verdadeira |
|------------------|------------------------|------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- ___ 1. Preocupar-me com o meu peso faz com que fique difícil viver uma vida que eu valorize.
- ___ 2. Eu me importo demais com o peso e forma do meu corpo.
- ___ 3. Eu fico abatido por me sentir mal com o peso ou forma do meu corpo.
- ___ 4. Preciso mudar os meus pensamentos e sentimentos sobre o peso e forma do meu corpo, para que eu possa tomar decisões importantes na minha vida.
- ___ 5. Em grande parte do meu tempo me preocupo com meu corpo.
- ___ 6. Quando me sinto gordo, tento pensar em outra coisa.
- ___ 7. Eu tenho que me sentir melhor com o meu corpo para conseguir fazer planos importantes na minha vida.
- ___ 8. Terei maior domínio sobre a minha vida se eu puder controlar meus pensamentos negativos sobre o meu corpo.
- ___ 9. Para controlar a minha vida eu preciso controlar o meu peso.
- ___ 10. Sentir-me acima do peso causa problemas na minha vida.
- ___ 11. É difícil fazer outras coisas quando eu começo a pensar no tamanho e forma do meu corpo.
- ___ 12. Se o meu peso e/ou forma do meu corpo não me incomodassem, meus relacionamentos seriam melhores.

Anexo 4

Questionário de Fusão Cognitiva relacionada à Imagem Corporal (CFQ-BI)

**Questionário de Fusão Cognitiva relacionada à Imagem Corporal
CFQ-BI**

(Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014)

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

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número correspondente à resposta que mais se aplica. Responda usando a seguinte escala:

| | Muito | | | Quase | | | |
|--|------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|
| | Nunca verdadeira | raramente verdadeira | Raramente verdadeira | Às vezes verdadeira | Frequentemente verdadeira | sempre verdadeira | Sempre verdadeira |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Os pensamentos relacionados à Imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Tenho uma tendência a ficar envolvido/ligado* aos pensamentos e Imagem que tenho do meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Sinto-me desconfortável quando tenho pensamentos negativos sobre o meu corpo ou aparência física. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Fico muito concentrado nos meus pensamentos desconfortáveis sobre a Imagem que tenho do meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Mesmo sabendo que seria melhor "deixar para lá" os meus pensamentos sobre a forma do meu corpo, fazer isto é uma "luta" para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Fico distraído do que estou fazendo por causa dos pensamentos sobre a Imagem que tenho do meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo "levar" pelos meus pensamentos sobre a minha aparência física. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Eu observo tanto minha aparência física ou a forma do meu corpo, que esta análise deixa de me trazer benefícios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Eu vivo "lutando" com os meus pensamentos sobre o meu corpo ou aparência física. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Quando tenho um pensamento desconfortável sobre a minha aparência física (ou formas do meu corpo), tenho dificuldade de me concentrar em qualquer outra coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo 5

Questionário de Valores de Vida (VLQ)

Questionário de Valores de Vida 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 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|