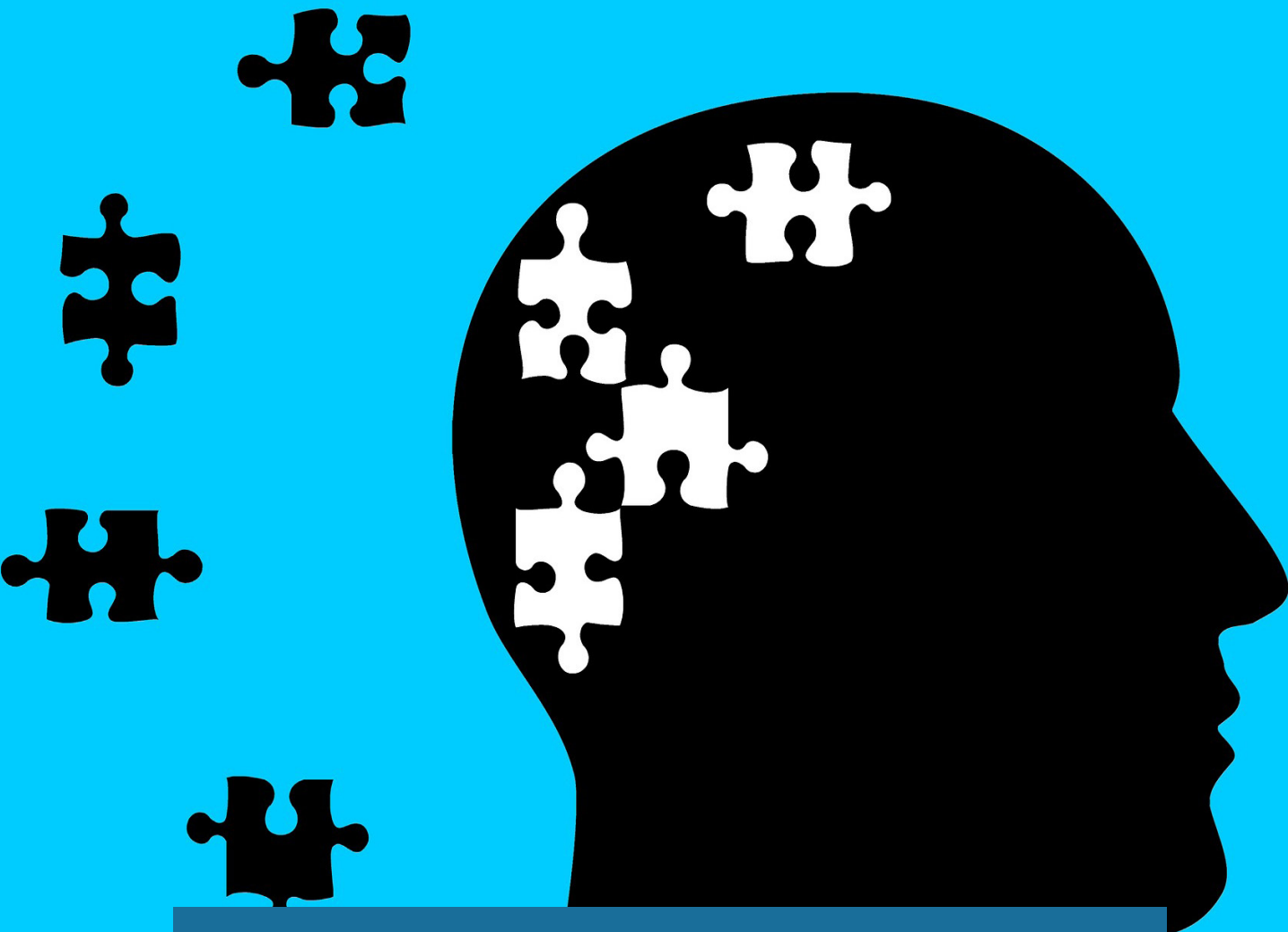


BOLETIM 11.21

www.sbnpbrasil.com.br

Análise do Comportamento e Neuropsicologia



Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp)

Presidente

Rochele Paz Fonseca

Vice-presidente

Annelise Júlio-Costa

Tesoureira Geral

Andressa Moreira Antunes

Tesoureira Executiva

Beatriz Bittencourt Ganjo

Secretária Geral

Caroline de Oliveira Cardoso

Secretário Executivo

Victor Polignano

Conselho delibetativo

Deborah Amaral de Azambuja

Márcia Lorena Fagundes Chaves

Nicole Zimmermann

Rodrigo Grassi-Oliveira

Conselho Fiscal

Laiss Bertola

Maicon Albuquerque

Natália Martins Dias

SBNp Jovem

Presidente

Maila Rossato Holz

Vice-presidente

Giulia Moreira Paiva

Secretária Geral

Patrícia Ferreira

Membros da SBNp Jovem

Ana Carolina R. B. G. Rodrigues

Ana Paula Cervi Colling

Andressa Hermes-Pereira

Andreza Lopes

Elissandra Serena de Abreu

Érika Pelegrino

Luciano da Silva Amorim

Lycia Machado

Monique Pontes

Ronielo Ribeiro

Expediente

Editora

Andressa Hermes-Pereira

Editora Assistente

Ana Paula Cervi Colling

Projeto gráfico e editoração

Luciano da Silva Amorim

Editada em: novembro de 2021

Última edição: outubro de 2021

Publicada em: dezembro de 2021

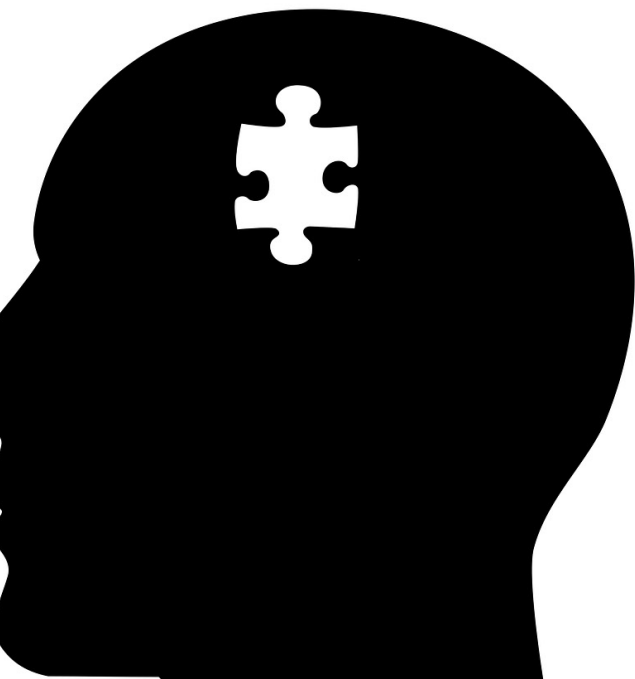


Sociedade Brasileira de Neuropsicologia

Sede em: Avenida São Galter, 1.064 - Alto dos Pinheiros
CEP: 05455-000 - São Paulo - SP

sbnp@sbnpbrasil.com.br

www.sbnpbrasil.com.br



Sumário

- 05** **ENTREVISTA**
A interface entre a Análise do Comportamento e a Avaliação Neuropsicológica
- 09** **ESTUDO DE CASO**
Análise do Comportamento no tratamento do Transtorno de Bulimia Nervosa
- 17** **HANDS ON**
Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento do TDAH

ENTREVISTA

A interface entre a Análise do Comportamento e a Avaliação Neuropsicológica

Ana Carolina Rost de Borba Galimberti Rodrigues

Entrevistada:
Andressa Antunes

Existe um marco na história da neuropsicologia e da análise do comportamento, quando se começou a observar a necessidade de juntar essas duas áreas?

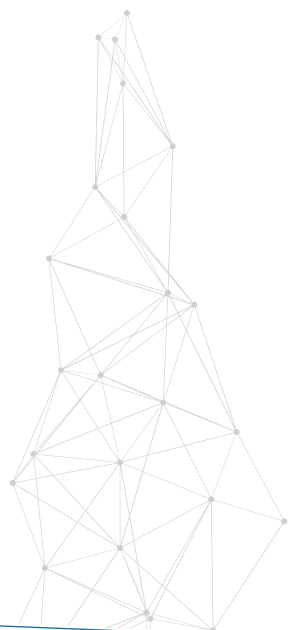
Na verdade, assim, eu nunca fiz essa pesquisa histórica, mas eu acho que foi algo que foi acontecendo a partir da entrada dos psicólogos na neuropsicologia. Pelo nome a gente fica achando que a área é da psicologia, mas é da neurologia, ela começou na neurologia, e tinha aquela lógica de avaliação pela lesão cerebral. Com o tempo a avaliação foi ganhando um espaço muito maior, os psicólogos passaram a executar a avaliação, e agregaram em estratégias. Minha formação em neuropsicologia foi com um neurologista, desde o início ele ensinou essa visão de entender comportamentos, mas não tem um link direto, eu acho que são práticas que tem um nível de sintonia muito grande, e quanto mais um neuropsicólogo entende de análise do comportamento mais ele consegue fazer uma avaliação neuropsicológica refinada.

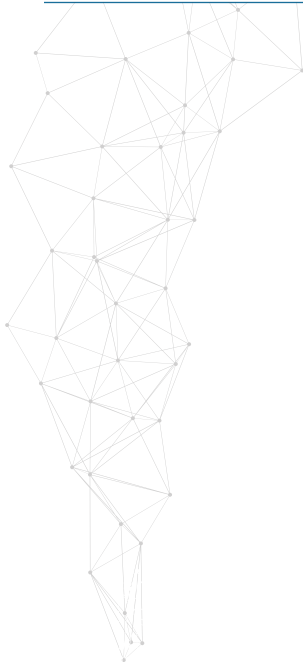
A análise do comportamento tem ganhado bastante força na neuropsicologia, e é importante a gente agregar. Então, como a gente pode usar a análise do comportamento na avaliação neuropsicológica?

A análise do comportamento é uma abordagem. Eu acho que compreender visão que a análise do comportamento tem sobre os comportamentos é uma das coisas que mais agrega na avaliação neuropsicológica, pelo potencial de descrição. A visão da análise do comportamento é muito analítica, você vai entender um contexto, um fenômeno, por exemplo: uma criança agitada. Não existe isso na análise do comportamento, existe uma atitude, um comportamento que analisado do ponto de vista de manifestação, por exemplo: corre de um lado para o outro, fica pulando. É muito detalhado, então você senta e faz uma análise de contingências, o que que acontece antes, o que elicia e gera esse comportamento e o que acontece depois. E a partir desse entendimento super detalhado, que a análise do comportamento levanta os pontos principais do que será trabalhado, como será a intervenção. Então pegar essa base da avaliação comportamental e agregar, pegar essa lógica de entender comportamento, entender contextos, isso é mais que fundamental e modifica completamente avaliação. Porque o que nós avaliação não é algo concreto, avaliação funções executivas, inteligência, isso você não se toca, não se pega, é algo que você infere, então nós avaliamos de forma indireta essas habilidades então, entender o comportamento, atitudes, é uma forma de descrever melhor e ver como essas habilidades impactam no comportamento. Por exemplo, entender que uma pessoa desorganizada, que perde horários, confunde demais o que tem que ser feito, isso do ponto de vista neuropsicológico, a gente entende como o impacto das funções executivas desse comportamento, só que avaliar só funções executivas é muito indireto. Então conseguir entender essas atitudes ligadas as funções, permite mais uma forma de avaliação, e não só de testes.

Pensando que a análise do comportamento do comportamento nos ajuda a olhar para manifestação do comportamento, será que existe uma forma diferente para intervenção após a avaliação neuropsicológica (juntamente com a análise do comportamento)? Será que se eu trazer esse olhar mais comportamental a minha forma de intervenção não irá mudar?

Teremos que olhar para a forma como nós entendemos os transtornos e doenças. Se eu pego a lógica da CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade), ela é a base de entendimento dos transtornos e doenças, é a visão mais atualizada que nós temos de encarar uma condição.





Antes da CIF a gente entendia déficits, alterações e ponto. A partir da CIF, ela exige o entendimento: o que é a característica do sujeito, quais são as limitações do contexto e como que a junção dessas limitações de contexto e com essas características da pessoas, como isso impacta na funcionalidade. Está e a visão da CIF. Quando eu agrego o raciocínio da análise do comportamento na avaliação neuropsicológica, eu me aproximo muito mais do que é a proposta da CIF, porque eu caracterizo muito melhor o paciente no lugar de falar, "teve impacto no desempenho da memória operacional, eu consigo falar: olha em tarefas mais complexas ele tende a ter mais baixo, como tarefas escolares". Então eu caracterizo muito mais a vida da pessoa, por essa visão de contingências, de contexto, de como as atitudes das pessoas se relacionam, entender a pessoa tem de suporte. Se eu entender esse contexto, eu consigo entender muito mais esse ponto da limitações e das barreiras no ambiente. Então, com essa visão, nós conseguimos chegar na abordagem mais atualizada, de como entender um transtorno, e não só pelo déficit.

Existe alguma forma de estruturar a avaliação do comportamento dentro da avaliação neuropsicológica?

Acho que o grande ponto ao usar a análise do comportamento é sair das interpretações. Então, nós temos o hábito de olhar para algum relato e já começa interpretar tudo, olhando muito mais para o conceito (ex: isolado, desatento, agitado), e começar a ter um raciocínio mais para o comportamento, por exemplo: em um intervalo de 5 minutos ele se levanta da cadeira e fica andando de um lado para o outro. Você tira o viés, sai da interpretação e começa entender muito mais o comportamento. As vezes o pai trás que o filho é ansioso, e muitas vezes o neuropsicólogo fica nisso aí, "ser ansioso" e não investiga, não caracteriza o comportamento. Por exemplo: o que você chama de ansioso? "toda vez que ele sai para um lugar, ele fica falando sobre determinado assunto", isso é a caracterização do fenômeno. Não existe um protocolo tão organizado para usar durante a avaliação neuropsicológica, mas o caminho é ter esse raciocínio, é partir sempre da caracterização do comportamento.

Quando a gente consegue diferenciar se não é um estilo parental, uma falta ou hiper estimulação ambiental e caracterizar como transtorno?

Três pontos importantes para ter uma suspeita para um transtorno. A persistência em uma característica, o impacto na funcionalidade e o aumento de sofrimento. Então, esses são os três princípios para a gente pensar em um transtorno. Mas, as vezes uma questão de contingências ou estilo parental pode gerar um sofrimento, pode impactar a funcionalidade, por isso uma descrição com a compreensão de como é o comportamento do pai com as crianças, como que é esse ambiente, isso tenta dar o suporte para a gente diferenciar. Mas nem sempre a gente vai diferenciar, porque nessa área é muito difícil excluir fatores. Por isso que eu sou da visão de que o diagnóstico deve ser baseado na resposta a intervenção e a resposta a longo prazo, então sempre que possível trabalhar na avaliação longitudinal melhor, mas é claro que essa é uma visão pouco ideal, nem sempre isso não é possível, mas a gente tem que ter essa noção que nem sempre dá diferenciar. Então, se existe muitas características deve-se levantar a hipótese e trabalhar em todos os fatores relacionados. O que eu vejo muito, nas conclusões, é uma lista de coisas para a criança fazer e ninguém coloca que mudança tem que ter no dia a dia, o que os pais devem fazer a mudar. O paciente está sempre inserido no contexto dele, independente de ele ter um transtorno ou não.

Como você acha que a parte da análise do comportamento deve ser repassada na devolução? Você insere no laudo ou dá instruções para os pais?

A análise do comportamento é muito mais um raciocínio de avaliação neuropsicológica do que uma técnica a ser descrita. É um raciocínio que vai acontecer quando está coletando as informações no relato, na observação clínica. Então isso aparece em uma descrição mais refinada de relato, em uma descrição de comportamento muito mais detalhada.

ESTUDO DE CASO

Análise do Comportamento no tratamento do Transtorno de Bulimia Nervosa

Andreza Carla de Souza Lopes & Alisson Rogério Caetano de Siqueira

Em 1913, Jonh B. Watson apresentou a comunidade científica uma nova forma de ver a psicologia, o Behaviorismo, por meio do artigo "Psychology as the Behaviorist Views it". Segundo Watson (1920) "a psicologia, do ponto de vista do behaviorista, é um ramo experimental puramente objetivo das ciências naturais. Seu objetivo teórico é a previsão e controle do comportamento". Esse passou a ser um marco histórico na psicologia que agora possuía um contraponto as teorias apresentadas no momento.

O Behaviorismo é compreendido como uma abordagem da psicologia que tem sua origem no desenvolvimento da psicologia como ciência a partir da Psicologia comparativa, Zoologia e fisiologia. Segundo Baum (2006) "a ideia do behaviorismo é simples de ser formulada: é possível uma ciência do comportamento" onde "... o behaviorismo não é propriamente uma ciência, mas uma filosofia da ciência. Como filosofia do comportamento, entretanto, aborda tópicos que muito prezamos e que nos tocam de perto: por que fazemos o que fazemos e o que devemos e não devemos fazer."

A primeira grande definição no Behaviorismo é o termo comportamento. Atribuindo-nos da definição da American Psychological Association (APA), podemos definir como:

comportamento n. 1. atividades de um organismo em resposta a estímulos externos ou internos, incluindo atividades objetivamente obser-

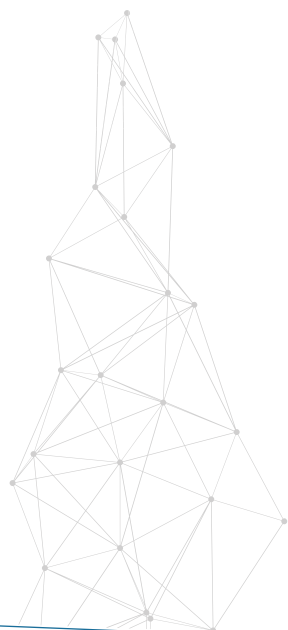
váveis, atividades introspectivamente observáveis (ver comportamento encoberto), e processos não conscientes. 2. mais restritivamente, qualquer ação ou função que possa ser objetivamente observada ou medida em resposta a estímulos controlados. Historicamente, os behavioristas contrastavam comportamento objetivo com atividades mentais, que eram consideradas subjetivas e, portanto, impróprias para o estudo científico. Ver behaviorism.-behavioral adj. (VandenBos, 2015, p. 112, trad. Polanco, 2021)

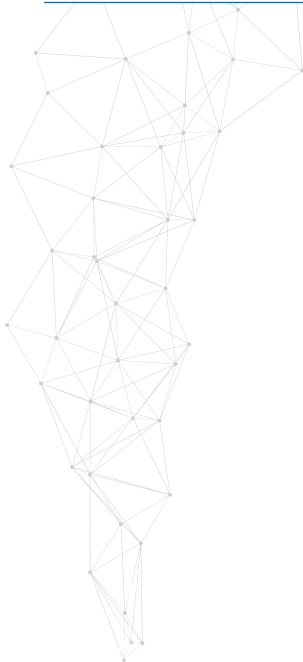
A segunda grande definição do Behaviorismo é o termo ambiente. Ambiente é compreendido como todo conjunto de eventos que afetam e são afetados pelo comportamento dos organismos. Segundo Todorov (2007) esse ambiente pode ser externo ou interno, sendo este biológico ou histórico.

Em seu desenvolvimento podemos observar o Behaviorismo em três grandes marcos: a 1ª geração – o behaviorismo metodológico, onde Watson apresenta um contraponto a psicologia da época que usava conceitos mentalistas e métodos subjetivos. Watson passou a referenciar o mundo subjetivo pela sua apresentação no mundo real. A formulação básica surgiu a partir da teoria de Pavlov: o condicionamento clássico. Em uma compreensão mais simples podemos dizer que “estímulos antecedentes do ambiente eliciam respostas”. Ex: Luz forte fazem as pupilas contraírem. A representação dessa relação é S– R, onde S é estímulo e R a resposta do organismo.

A 2ª geração – o behaviorismo radical. B.F. Skinner é o nome mais representativo dessa geração. O termo mais usual para compreender essa geração de denominá-la de Análise do Comportamento (AC). Segundo Tourinho a Análise do Comportamento poderia ser compreendida em três grandes braços. O braço teórico, filosófico e histórico chamado de behaviorismo radical. O braço empírico denominado Análise Experimental do Comportamento (AEC) e o braço ligado a intervenção social denominada de Análise Aplicada do Comportamento (AAC) (Tourinho, 1999).

A Análise do Comportamento vem fazer um contraponto a Watson. Skinner adotada princípio pragmático. Nessa concepção o mais importante era compreender a funcionalidade do que era observado e mensurado e não apenas a sua existência. Skinner formula a concepção de “comportamento operante” com a seguinte descrição R→ S. Segundo





a AC o comportamento operante opera sobre o mundo, quer direta ou indiretamente.

A Análise do Comportamento apresenta como grande diferencial a presença do Reforço, estímulo reforçador que é o responsável pela ação. Dessa forma temos uma relação entre a ação do sujeito (R) e as consequências. Assim, temos uma análise funcional do comportamento, onde o mais importante é analisar as contingências (conjunto hipotético de relações funcionais) que determinam o comportamento. Nessa análise é importante considerar três grandes dimensões: (A) eventos antecedentes; (R) respostas; (C) consequências. Podemos representar essa relação como: A – R → C (Todorov, 1985).

A 3ª geração – o behaviorismo social. Staats é a figura representante dessa fase do behaviorismo. No behaviorismo social há uma busca de integração e união entre as áreas de conhecimento. Faz um contraponto e uma crítica tanto ao behaviorismo de Watson como ao de Skinner. Sua principal busca estava em explicar o comportamento considerando a interação homem-ambiente de uma forma mais ampla que as duas gerações anteriores.

O Behaviorismo nos apresenta uma compreensão da relação do sujeito com o ambiente. A Análise do comportamento tem sido muito utilizada para compreender e intervir nos casos de transtornos alimentares (Vale e Elias, 2011; Morgan et al, 2002; Bueno e Nascimento, 2014; Santos e Soares, 2017; Abreu e Cardoso, 2008).

O caso relatado está fundamentado em uma intervenção baseada na Análise do Comportamento. Sendo assim, passaremos a observar como a Análise do Comportamento decodifica e intervém na relação sujeito e ambiente apresentada.

T.D., 34 anos, solteira, Advogada, cursando Mestrado, começou a apresentar sintomas de Bulimia Nervosa, aos 16 anos de idade quando começou a ter dificuldades na relação com o próprio corpo, sob a autoexigência de um corpo perfeito e dentro dos padrões estabelecidos pelo mundo no qual estava inserida. T.D., era a filha mais nova de 4 filhos, e era a “mais querida” do pai, que a tratava como uma “boneca” desde criança. No entanto, o tratamento do pai começou a mudar quando T.D. entrou na adolescência e passou a ganhar peso, passando a ter uma exigência e controle muito intenso do pai em relação a sua alimentação

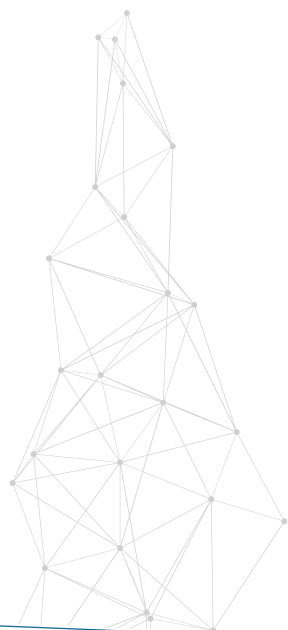
e ao seu corpo.

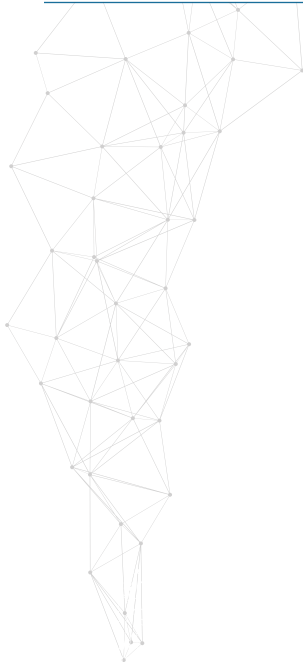
Diante de tanta exigência e controle do pai, T.D. passou a ter episódios de compulsão alimentar seguido de um comportamento compensatório, ou seja, passou a vomitar constantemente, logo após a compulsão. Os episódios, inicialmente, ocorriam 2 a 3 vezes por semana, passando em um mês a ocorrer mais de 25 episódios semanais, ou seja, em todas as refeições. T.D. fazia dieta constantemente, e seu pai a controlava durante os períodos de alimentação, bem como nas suas relações sociais e estudos, o que num período de 5 meses a levou a desenvolver comportamentos impulsivos de forma descontrolada, ficando evidente para a família de que algo errado estava acontecendo.

A família de T.D. começou a observar que ela não gostava mais de se alimentar à mesa com todos os familiares, que estava constantemente irritada, ansiosa, e que poucas vezes ficava junto com o restante da família. T.D. passou a ter dificuldades de relação com a família, principalmente com o pai, no qual começou a se afastar e a demandar dele somente da situação financeira, apesar deste cobrá-la constantemente sobre o seu corpo e sobre sua vida profissional.

Atualmente T.D. tem 34 anos, vive na casa dos pais, não trabalha na sua área de formação profissional, pois se acha incapaz de conseguir se desenvolver em sua área. Financeiramente é sustentada pelos pais, e há 16 anos faz tratamento para o transtorno alimentar, com recaídas constantes dos sintomas, pois tem dificuldade de sair do ciclo da bulimia nervosa (dieta restritiva – gatilho/situação difícil/problema – compulsão – purgação – sentimento de culpa, raiva e vergonha).

A Análise do comportamento quanto modelo de intervenção procurou primeiramente entender a topografia do comportamento de T.D. a partir de uma análise funcional considerando o comportamento problema. O objetivo alvo era de observar a apresentação comportamento bem como registrar a sua frequência. Considerando que a Bulimia Nervosa apresenta: Episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso; os eventos ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses; e a autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (DSM-5), torna-se importante compreender a relação do tríplice contingência.





T.D possuía o comportamento de dormir tarde por volta de 2h da manhã e acordava ao meio-dia quando apresentava o comportamento de compulsão alimentar. O próximo comportamento de compulsão ocorria as 21h durante o período do jantar. O próximo comportamento de compulsão ocorria as 2h da madrugada antes de dormir. Esse ciclo se repetia por dois dias. No terceiro dia ocorria uma redução drástica de alimentação nos mesmos horários que se repetiam por três dias quando recorriam o comportamento de compulsão novamente dando origem a um novo ciclo.

A descrição do comportamento de compulsão alimentar ocorria quando T.D saía do quarto e se dirigia diretamente à cozinha, quando não havia ninguém, e comia várias vezes até sentir mal-estar que a levava ao comportamento compensatório de vomitar que ocorria no banheiro. O alimento consumido por T.D eram industrializados gordurosos (leite condensado, sorvete etc.) que eram comprados em grande quantidade ou alimentos confeccionados por sua mãe.

T.D descreveu que o seu ato compulsivo de comer ocorria quando ela apresentava o comportamento verbal privado de fracasso na exigência de manter uma imagem corporal, negação de força para manter seus objetivos e a condição de não conseguir seguir as regras estabelecidas pela família e sociedade. O estímulo discriminativo para a manifestação do comportamento de compulsão era a dor de estômago provocada pela ausência de alimento quando acordava.

Semelhante ao comportamento de compulsão o comportamento de restrição alimentar ocorria após 3 eventos de compulsão e após T.D acordar sem dor no estômago produzido por fome. O que a levava a fazer suas refeições com o mínimo de alimento possível no objetivo de manter a estética corporal.

A segunda descrição importante do caso de T.D era compreender a contingência que mantinha o comportamento compulsivo. Observando a relação com o pai foi verificado a rigidez da relação com a filha. T.D possuía um comportamento mantido por regras estabelecidas pelo pai. Diante disso, foi observado que a relação de reforço e punição relacionado a aparência corporal de T.D, mantida pelo pai levou-a a uma condição de desamparo.

O comportamento de desamparo estabelece que nenhuma ação seria satisfatória para atender as exigências do ambiente. Dessa forma a

condição de sofrimento que T.D se apresenta caracteriza sua inabilidade em lidar com a figura do pai e a imposição de suas regras.

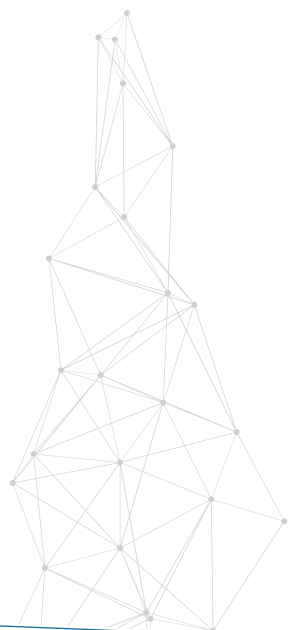
A condição de estar morando na casa dos pais, não atuar na área de formação, ser sustentada pelos pais demonstra uma condição de desamparo. A forma de apresentar uma disfuncionalidade que alivie esse sofrimento está no comportamento de compulsão alimentar. Que desenha uma condição de reforço imediato. A condição de satisfação.

A intervenção aplicada para T.D foi primeiramente o automonitoramento. O objetivo foi fazer com que T.D. observasse o seu comportamento a partir de registros diários, que identificam a quantidade de alimento e a sua composição calórica. A segunda ação foi o controle de estímulos de se alimentar. Nesse caso seria de grande importância fazer uma distribuição de horário, bem como um estabelecimento de um lugar para se alimentar sem acesso rápido ao alimento, levando a ação de se alimentar para um lugar mais distante da cozinha. Ex.: a sala de jantar.

A terceira ação foi uma modificação da prática da alimentação por meio de uma modelagem. O objetivo foi distribuir o ato de alimentar em vários horários com uma quantidade específica de alimento. A quarta ação foi o estabelecimento de um contrato de metas com reforçadores, onde ela pudesse observar a sua evolução e ser reforçado por tê-la alcançado. Por último estabelecer estratégias de prevenção de recaída por um programa de autocontrole, onde o principal alvo foi lidar com as consequências de um comportamento inadequado.

Observando a apresentação de Skinner sobre o comportamento mantido pela consequência podemos observar que o comportamento de alimentar pertence ao repertório necessário a sobrevivência. Dessa forma temos no alimento um reforçador incondicionado. Consequentemente esta pode eliciar respondentes que denominamos de "prazerosos". Dessa forma podemos dizer que a ausência de alimento produz uma desregulação metabólica, que altera comportamento do sujeito (Vale e Elias, 2011). Segundo Morgan et al (2002) a apresentação de um comportamento de compulsão alimentar é maior quando há uma restrição alimentar.

A outra condição de relação de consequência é a construção que o sujeito faz como o alimento. Isso ocorre desde o nascimento. O alimento sempre é apresentado como reforçador na presença de outros reforça-



dores que podem relacionados a condição afetiva, atenção social e outros. Com o pareamento o alimento pode ser um substituto dos outros reforçadores (Vale e Elias, 2011).

E por último podemos verificar que as práticas culturais são participantes da construção do comportamento do Transtorno alimentar. Os estudos apresentam a propaganda do corpo perfeito, a indústria da moda desenhando o padrão de modelos magras e a mídia propagando o consumo dessa aparência como status social. Segundo Morgan et al (2002) a magreza é vendida como um produto relacionado ao autocontrole, à competência e à atratividade sexual. Estamos nos referindo a regras usadas como estímulos discriminativos que aumentam a probabilidade de respostas, isso fica evidente na atenção social dispensada sobre a aparência da magreza (Vale e Elias, 2011).

Referências

American Psychiatric Association. 2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM. Artmed.

Aratanga, E. W., & Buonfiglio, H. B. Como lidar com os transtornos Alimentares. Guia prático para familiares e pacientes

Appolinario, J. C., Nunes, M. A., & Cordás, T. A. (Orgs.). (2002). Transtornos alimentares: Diagnóstico e manejo. Artmed.

CORDAS, T. A.; BAISE, M.; SALZANO, F.; AZEVEDO, A. P.; LOPES, A. C. TRANSTORNOS ALIMENTARES In: TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE. 2 ed. PORTO ALEGRE:ARTMED, 2019.

BUSSE, S.R. Anorexia, Bulimia e Obesidade. Barueri, SP: Manole, 2004.

BUCARETCHI, H.A. (2003). Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the Behaviorist Views it. Psychological Review, 20, 158-177

Márcio Borges Moreira e Carlos Augusto de Medeiros. Princípios básicos de análise do comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Polanco, Fernando AU - Beria, Josiane AU - Miranda, Rodrigo PY. História do Behaviorismo: O que sabemos até hoje? In: Diálogos em Análise do Comporta-

mento, Vol II . Brasília: Instituto Walden4, 2021. P. 164-180

BAUM, W. Compreender o Behaviorismo. Porto Alegre: Artes médicas, 2006.

João Cláudio Todorov. O CONCEITO DE CONTINGÊNCIA TRÍPLICE NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO HUMANO. *Psicol., Teoria e Pesquisa*, Brasília V.1 N.1 p. 75-88 Jan.-Abr. 1985

Marcus Bentes de Carvalho Neto. Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, 2002, 6(1), p. 13-18.

João Cláudio Todorov. A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007, Vol. 23 n. especial, pp. 057-061.

Fernanda Calixto, Júlio Camargo, Gabriela Zin. Autocontrole, uma questão de escolha? In: *Análise do comportamento: conceitos e aplicações a processos educativos clínicos e organizacionais / organizadores: Nádia Kienen...[et al.]*. – Londrina: UEL, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/pgac/publicacoes/>

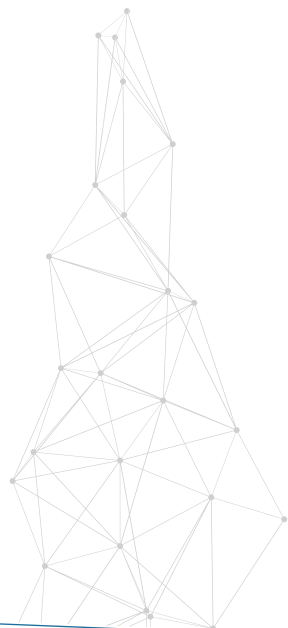
Vale, A. M. O. & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista brasileira terapia comportamental cognitiva*, 13(1), 52-70.

Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23.

Bueno, L. N., & Nascimento, N. A. (2014). Transtornos Alimentares sob a perspectiva da Análise do Comportamento. *Fragmentos de Cultura*, 24, 37-48.

Abreu, P. R., & Cardoso, L. R. D. (2008). Multideterminação do Comportamento Alimentar em Humanos: um Estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 355-360.

Santos, D. R., & Soares, M. R. Z. (2017). Avaliação inicial e funcional de um caso clínico de Transtorno Alimentar sob a perspectiva da Análise do Comportamento. *Rev. bras. Psicoterapia*. 19(2), 45-58.



HANDS ON

Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento do TDAH

Elissandra Serena de Abreu

O Hands On tem como premissa ser um texto que desenvolve reflexões sobre a prática do profissional da neuropsicologia. A cada edição, disponibilizada a cada mês, o boletim possui um Hands On inédito e exclusivo para os associados da SBNp. Mais uma vez, a equipe da SBNp decidiu disponibilizar o Hands On para todos os leitores.

Para mais conteúdos semelhantes, associe-se à SBNp.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que causa prejuízos significativos para os indivíduos desde a infância em diversos contextos. As pessoas com TDAH apresentam comportamentos persistentes de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade ao longo da vida (APA, 2013).

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) é considerada uma abordagem de psicoterapia baseada no contextualismo funcional, na teoria dos quadros relacionais e na análise do comportamento aplicada. Ela tem como objetivo estimular o desenvolvimento da flexibilidade psicológica por meio de seis processos de intervenção: consciência do momento presente, self como contexto, desfusão, aceitação, conexão com valores e ação de compromisso (Munawar, Choudhry, Lee, Siau, Kadri,

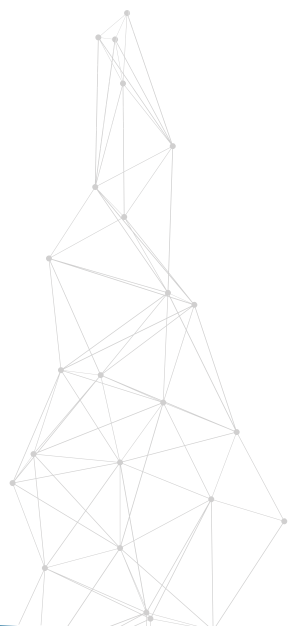
& Sulong, 2021). A ACT vem sendo amplamente pesquisada e demonstrando eficácia na redução do sofrimento psicológico e na promoção da aceitação no contexto de várias condições psicológicas e de saúde (Byrne, & Ghráda, 2019; Byrne, Ghráda, O'Mahony, & Brennan, 2021; Graham, Gouick, Krahe, & Gillanders, 2016; Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008; Nordin, & Rorsman, 2012). Nesse sentido, alguns estudos vêm explorando a aplicabilidade, assim como a eficácia do uso da ACT no tratamento do TDAH.

Recentemente, Fullen, Galab, Abbott e Adamou (2020) realizaram um estudo exploratório em que ofertaram a ACT para adultos com TDAH remotamente durante o período confinamento da pandemia do COVID-19. Foram realizadas três sessões por telefone ou videoconferência com duração de 45 a 90 minutos. Os participantes relataram melhora significativa nos sintomas relacionados ao humor, ansiedade, ajuste psicossocial e aceitação do tratamento.

Uma pesquisa quase-experimental teve como objetivo investigar se a ACT seria eficaz para tratar os sintomas de TDAH e a procrastinação acadêmica em adolescentes. Foram realizadas 10 sessões individuais com o grupo experimental, enquanto o grupo controle não recebeu nenhuma intervenção. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa nos sintomas de desatenção entre os grupos, mas houve melhora significativa nos sinais de hiperatividade/impulsividade, além de redução da procrastinação no grupo experimental (Kovich, Livarjani, & Hoseyninasab, 2019).

Outra pesquisa foi realizada com 45 adultos com TDAH divididos em dois grupos experimentais e um controle. Um grupo recebeu intervenção pela ACT e outro pela Terapia Comportamental Dialética (DBT) em 12 sessões. Os resultados mostraram que houve melhora significativa nos sintomas de TDAH e na qualidade de vida de ambos os grupos experimentais quando comparados aos controles. No entanto, o grupo que recebeu o tratamento pela DBT teve maior redução de comportamentos relacionados a desatenção e hiperatividade, porém os que receberam a intervenção pela ACT relataram melhor qualidade de vida (Bayat, Nari-mani, Basharpour, Sheeran, Dalai, & Ardebil, 2019).

No que tange ao uso da ACT em grupos, uma pesquisa realizada com crianças e adolescentes de 8 a 13 anos com TDAH teve como objetivo verificar a eficácia de um programa de treinamento baseado em ACT no desenvolvimento de diferentes domínios cognitivos. O treinamento foi



realizado em 9 meses em sessões de 90 minutos, além disso, os pais receberam 12 sessões de treinamento parental, também baseado na ACT. Em comparação com o grupo controle, não houve melhora significativa nas funções executivas, na atenção focalizada e sustentada, no controle inibitório e na flexibilidade cognitiva (Vanzin, Crippa, Mauri, Valli, Mauri, Molteni, & Nobile, 2020).

Um outro estudo foi realizado com crianças e adolescentes de 11 a 15 anos de idade com TDAH associado a transtornos de aprendizagem e problemas de comportamento. Foram realizados encontros em grupo durante 8 semanas em sessões de 60 minutos. Os resultados demonstraram que o tratamento auxiliou os participantes a ter comportamentos mais congruentes com os seus valores pessoais (Vanzin, Crippa, Mauri, Valli, Mauri, Molteni, & Nobile, 2020).

Conforme observado, ainda há poucos estudos que investigam os benefícios de se utilizar a ACT no tratamento do TDAH. Mesmo assim, essas pesquisas, em sua maioria, mostraram redução dos sintomas de TDAH e melhora na qualidade de vida e em medidas psicossociais. Nesse sentido, mais estudos devem ser realizados para se verificar a utilidade da ACT no tratamento dessa população.

Referências

APA. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Bayat, M., Narimani, M., Basharpour, S., Sheeran, M. F., Dalai, K. S. T., Ardebil, F. D. T. M. (2019). Comparing the effectiveness of dialectical behavioral therapy with acceptance-based therapy and commitment to quality of life and reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(4), 1671-1683.

Byrne, G., & Ghráda, Á. N. (2019). The application and adoption of four 'third wave' psychotherapies for mental health difficulties and aggression within correctional and forensic settings: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 46, 45-55.

Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 378-407.

Fullen, T., Galab, N., Abbott, K. A., & Adamou, M. (2020). Acceptance and Commit-

ment Therapy for Adults with ADHD during COVID-19: An Open Trial. *Open Journal of Psychiatry*, 10(04), 205.

Graham, C. D., Gouick, J., Krahe, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46, 46-58.

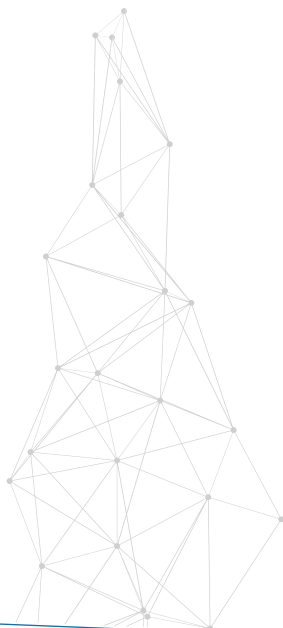
Kovich, S. G., Livarjani, S., & Hoseyninasab, D. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Academic Procrastination of Adolescents with ADHD. *Sci. J. Rehab. Med.*, 8 (2).

Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of behavioral medicine*, 31(3), 225-235.

Munawar, K., Choudhry, F. R., Lee, S. H., Siau, C. S., Kadri, N. B. M., & Sulong, R. M. B. (2021). Acceptance and commitment therapy for individuals having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A scoping review. *Heliyon*, e07842.

Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of rehabilitation medicine*, 44(1), 87-90.

Vanzin, L., Crippa, A., Mauri, V., Valli, A., Mauri, M., Molteni, M., & Nobile, M. (2020). Does ACT-group training improve cognitive domain in children with attention deficit hyperactivity disorder? A single-arm, open-label study. *Behaviour Change*, 37(1), 33-44.





SBNp

Sociedade Brasileira de
Neuropsicologia

11) Who
the Lamb
 The
 The
 None of
12) The Word of
 True
 False
13) When Brother Bran
he say is ripening the fru
 The Pentecostal re
 The evening L