

Psicoterapia de Grupo para Dor Crônica: um Protocolo

Group Psychotherapy for Chronic Pain: A Protocol

Rosely Domingues Guimarães de Oliveira*
Daniella Batista de Ataídes Marques*
Daiane Soares Silva*
Ligiani Leal Tolotti*
Luc Vandenberghe** ✉

* Durante a elaboração do protocolo, as quatro primeiras autoras eram alunas de graduação do curso de psicologia da PUC Goiás.

** Professor Adjunto I da PUC Goiás.

RESUMO

Este artigo trata da psicoterapêutica para dor crônica. Apresenta um protocolo para tratamento psicológico em grupo. É resultado de uma experiência que buscou integrar práticas clínicas que interrompem os processos psicológicos e psicossociais mantenedores do ciclo da dor. Neste protocolo, o treino de habilidades, intervenções psicoeducativas e estratégias mais recentes da terapia comportamental contemporânea são privilegiados. O procedimento de grupo amplia o leque de problemas que podem ser trabalhados ao vivo quando ocorrem durante a sessão. Diversas estratégias que abordam o problema de diferentes ângulos são integradas numa plataforma unificada de tratamento que pode ser aplicado a diversos ambientes (*settings*). Assim, o protocolo pode contribuir para a acessibilidade ao tratamento psicológico para a dor crônica. A proposta pretende servir aos profissionais no campo e à pesquisa sobre os efeitos de intervenções psicológicas em dor crônica.

Palavras-chave: dor crônica; terapia comportamental; protocolo de tratamento.

ABSTRACT

This article is about psychotherapy for chronic pain. A protocol for group treatment is provided, as a result of efforts to integrate clinical practices that address several psychological and psychosocial mechanisms that maintain chronic pain. Contemporary behavioral strategies are assimilated, together with skills training and psycho-education. The group format makes it easier to target a range of problems while they occur in vivo during the sessions. The protocol integrates different strategies that target social, interpersonal, and experiential changes into a portable set that can be applied to a variety of medical and community settings. This can improve access to effective multidimensional treatment for people with chronic pain. The protocol is intended for professionals in the field, but also lends itself to efficacy research in psychological intervention for chronic pain.

Keywords: chronic pain; behavior therapy; treatment protocol.

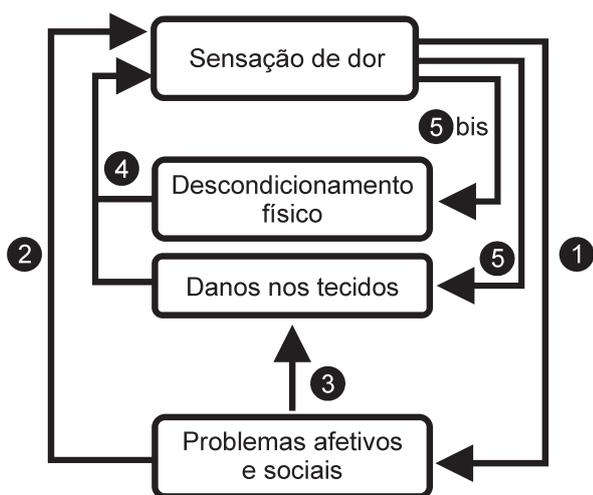
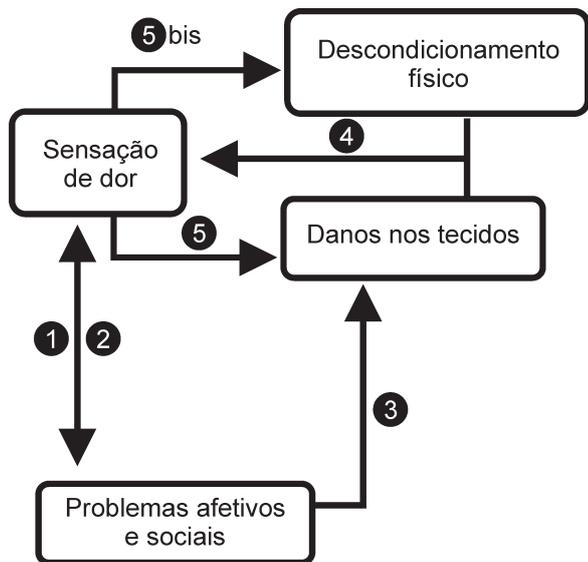
O presente protocolo para dor crônica integra duas dimensões. A primeira habilita o cliente a entender e, em longo prazo, a influenciar o nível da dor. A segunda permite que o uso do formato de grupo seja mais relevante na experiência cotidiana do paciente. A primeira dimensão visa acolher as demandas dos pacientes no intuito de aprenderem estratégias que diminuam a magnitude da dor. Para esse fim, são ensinados: (a) procedimentos de relaxamento, assertividade, manejo (*coping*) focalizado no problema das fontes de estresse e da própria dor (Gatchel & Rollings, 2011); (b) enfrentamento do medo da dor e abandono dos padrões de esquiva (Vlaeyen, de Jong, Sieben & Crombez, 2002); e (c) maneiras de comunicar sensações e necessidades que não favorecem o reforço social do comportamento de dor (Fordyce, 1976).

A segunda dimensão busca modificar o modo de a pessoa se relacionar com a dor. Pautou-se nas tendências contemporâneas da terapia comporta-

mental, chamadas de Terceira Onda (Hayes, Strosahl & Wilson 2012, Koerner, 2012; Linehan, 2009; Tsai, e cols. 2012). Estas oferecem estratégias clínicas que permitem: (a) abordar a vivência privada do participante; (b) evocar a dimensão interpessoal, focando no papel desta esfera na manutenção da dor; e (c) confrontar o estigma social do paciente crônico de forma vivencial.

O protocolo é estruturado a partir da compreensão de diferentes mecanismos psicológicos e sociais que, de acordo com estudos empíricos, contribuem para manter a dor (Figura 1). As estratégias clínicas integradas nesta abordagem são escolhidas por ajudar a pessoa a retomar atividades saudáveis e importantes, a manejar o estresse decorrente da própria dor, como também o estresse decorrente de relacionamentos interpessoais problemáticos e das maneiras como a pessoa lida com suas emoções e suas dificuldades no dia a dia.

Figura 1. O ciclo que mantém a dor.



A seta 1 neste modelo indica que o quadro crônico causa problemas interpessoais para a pessoa que passa a se relacionar com os outros, e estes com ela, em função da dor. Ser portador de dor crônica expõe a pessoa à vivência de exclusão, preconceito e assédio moral (Silva, Rocha & Vandenberghe, 2010). Muitos pacientes esquivam-se de uma variedade de situações sociais e abandonam papéis importantes na sua vida (Smith & Osborn, 2007). A experiência de discriminação e de estigma social não ocorre somente na família e no trabalho (Slade, Molloy & Keating,

2009). Perpetua-se, inclusive, na relação com profissionais de saúde, o que torna o paciente menos confiante e colaborador em tratamentos subsequentes (Holloway, Sofaer-Bennett & Walker, 2007).

A seta 2 indica como os problemas sociais e interpessoais, por sua vez, geram mais dor. A discriminação vivida cotidianamente por membros de certas minorias (Gee, Spencer, Chen & Takeuchi, 2007) e a vivência de rejeição em si (Eisenberger, Jarcho, Lieberman & Naliboff, 2006) aumentam os níveis de dor. A rejeição por alguém significativo e a experiência de dor física acionam os mesmos padrões neurais no cérebro (Kross et al., 2011). Numa análise mais ampla, a rejeição, as perdas e a exclusão (Gatchel & Kishino, 2011) ou, ainda, o estresse interpessoal intenso (Melzack, 1998) disparam uma cadeia de respostas neuro-hormonais que, quando cronicamente ativadas, acionam a sensação de dor. Estas pesquisas ajudam a entender melhor a observação feita na prática clínica (Silva, Rocha & Vandenberghe, 2010) de que problemas afetivos e sociais, sejam eles decorrentes ou não da própria dor, tornam a pessoa mais vulnerável a quadros de dor crônica.

A seta 3 representa como problemas do cotidiano podem agredir o corpo. A vivência de estresse frequente e intenso está ligada a posturas corporais tensas. Tais posturas têm como função preparar a musculatura para respostas de fuga ou luta. Porém, quando o estresse se torna crônico, a tensão persistente leva a um acúmulo de toxinas nos músculos. Proteínas musculares e neurais são quebradas para gerar a glicose necessária para manter a resposta de estresse em longo prazo. Desmielinização dos neurônios e outros danos aos tecidos se impõem gradualmente. Processos inflamatórios são ativa-

dos, o que, em longo prazo, gera lesões e, conseqüentemente, mais dor.

Uma variedade grande de fontes de estresse crônico pode ativar esses processos. Traumatização psicológica por causa de abuso físico repetido (Melzak, 1998) ou responsabilidades excessivas, por exemplo, com parentes necessitados de cuidado (Gouin, Glaser, Malarkey, Beversdorf & Kiecolt-Glaser, 2012a), aumentam de forma exacerbada a resposta inflamatória. Mostrou-se também que a solidão crônica aumenta a resposta inflamatória (Cole, Hawkey, Arevalo & Cacioppo, 2011). Em pessoas com fibromialgia, esse efeito tóxico da solidão é exacerbado tanto pela falta de apoio social quanto pela invalidação sofrida no dia a dia. A invalidação é sentida quando o paciente percebe que outros negam a realidade do que ele sente ou quando não reconhecem a experiência pela qual ele passa, mas também quando o superprotegem (Kool & Geenen, 2012). Todas essas vivências têm a tendência de incrementar processos inflamatórios e, por essa via, em longo prazo, gerar mais dor.

A pessoa que passou por uma história de traumas marcantes, como de abuso sexual, tende a reagir a fontes de estresse do dia a dia com uma intensificação anormal do processo inflamatório (Gouin, Glaser, Malarkey, Beversdorf & Kiecolt-Glaser, 2012b). Trabalhar o trauma pode mudar substancialmente as respostas fisiológicas com as quais a pessoa reage a problemas cotidianos. Por isso, a exposição às situações ligadas ao trauma e aos assuntos emocionais difíceis pode ser um elemento importante no tratamento da dor crônica. E como os traumas são, geralmente, interpessoais, o tratamento por exposição precisa também incluir a negociação da relação terapêutica, porque permite superar

padrões de esquiva que são frequentes resquícios de traumas interpessoais, e ajudar o cliente a aprender a enfrentar proximidade, entrega e confiança no outro (Lumley et al., 2008).

O tratamento da dor precisa atentar-se ao entrelaçamento entre emoções e relações interpessoais. Emoções negativas, como depressão e hostilidade, interrompem mecanismos de apoio social e danificam relacionamentos íntimos. Este efeito é pior ainda em pessoas que são inseguras a respeito de relacionamentos intensos. Evitar apego em relacionamentos prejudica a eficácia do *coping* social. Pessoas que possuam um estilo inseguro na sua maneira de se relacionar com os outros terão menos sucesso ao tentar obter apoio das pessoas com quem se relacionam. Expressam suas necessidades interpessoais de maneira que afasta as pessoas ou evocam outras reações contraprodutivas, gerando problemas no relacionamento, em vez de apoio (Kratz, Davis & Zautra, 2012).

Ainda representadas pela seta 3, as emoções negativas crônicas ativam a resposta inflamatória (Kendall-Tackett, 2010). Pessoas que respondem com emoções elevadas aos estressores comuns do dia a dia, como mal-entendidos no trabalho ou pressões familiares, desenvolvem mais problemas de saúde crônica do que outros indivíduos (Piazza, Charles, Sliwinski, Mogle & Almeida, 2012). A forma como a pessoa lida com as emoções negativas também pode ser contraprodutiva e gerar mais estresse ainda. Estudos mostraram que pessoas que não admitem a raiva que sentem após um evento desagradável aumentam sua tensão muscular residual durante um tempo prolongado depois do evento. Negar a raiva também promove comportamento de dor subsequente (Burns et al., 2011). Mulheres que

reagem a situações de tensão matrimonial com esquiiva calada aumentam significativamente os riscos à saúde, enquanto, por outro lado, a busca adequada de apoio social diminui os processos inflamatórios (Kendall-Tackett, 2010).

Ao longo dos anos, danos acumulados nos tecidos, causados por esses processos psicossociais, podem se tornar causa suficiente de um quadro de dor crônica (seta 4). A dor crônica em si torna-se um estressor importante que, ao desencadear a mesma cadeia de respostas fisiológicas, provoca os mesmos tipos de danos (seta 5). Em paralelo, as pessoas tendem a esquivar-se de tarefas e atividades físicas associadas à dor no passado (seta 5 bis). O abandono de situações e afazeres sociais e profissionais nos quais a pessoa teme sentir mais dor resulta numa vida passiva e numa condição física precária (Vlaeyen, de Jong, Sieben, & Crombez, 2002). A esquiiva da dor e dos seus efeitos corporais mantém a pessoa sensibilizada para sentir dor mais intensamente (seta 4). Pesquisas apontam que exercício regular promove – em contraste com o que os clientes temem – uma diminuição da dor, por diminuir os processos inflamatórios e melhorar a condição física (Campbell, 2011).

O trabalho psicoterapêutico proposto aqui pretende deter essas variáveis do ciclo de manutenção da dor. Não é um tratamento direto para a dor em si, mas um programa no qual a pessoa aprende a se posicionar diante do que sente, de forma a interromper os ciclos descritos no modelo, que alimentam e mantêm a dor em longo prazo.

ESTRUTURA DAS SESSÕES

Cada sessão é descrita com seus objetivos junto às estratégias e aos métodos usados para atingi-los. De

certa forma, as sessões possuem uma estrutura comum (veja Anexo 1).

Sessão preliminar individual

1. Início da construção do vínculo: acolher e validar o ato de ter procurado ajuda.
2. Obter informações sobre a história médica (exames e tratamentos realizados; resultados e percepções acerca deles).
3. Avaliar e propiciar motivação para participar do grupo. Considerar expectativas, elementos culturais e valores pessoais, contexto socioeconômico e familiar.
4. Familiarizar o participante com as regras do programa. Apresentar o funcionamento do grupo e a importância da assiduidade, da pontualidade, da participação, da cooperação e do compromisso.
5. Avaliar o nível de comprometimento emocional do participante, mediante a aplicação dos inventários de Beck para depressão (BDI) e ansiedade (BAI), por exemplo. Em seguida, oferecer retorno do resultado. Combinar a entrada no grupo. Obter consentimento livre e informado e marcar a 1ª sessão.
6. Durante e após a sessão preliminar, o terapeuta constrói uma primeira versão da formulação de caso. Esta pode mudar regularmente no decorrer da terapia, dependendo de novas informações e mudanças pelas quais o cliente passa. Os itens centrais na formulação de caso, que devem ser claros para o terapeuta a qualquer momento nas sessões, são: os problemas do cotidiano do cliente; os comportamentos-alvo no contexto do cotidiano do cliente; os pontos fortes e os recursos que podem ser mobilizados na terapia; e os desafios específicos para o progresso terapêutico.

1ª Sessão: conhecer o grupo

Objetivos:

1. Apresentar os terapeutas e os membros do grupo.
2. Validar a vinda dos participantes à terapia.
3. Reafirmar consentimento livre e informado.
4. Esclarecer a lógica que embasa o trabalho com comportamento ao vivo no grupo.
5. Apresentar a primeira exposição de problemas e motivações para a terapia.

Estratégias e métodos:

1. Apresentação feita por meio de uma dinâmica: todos os participantes devem dizer seus nomes, compartilhar algo sobre si e expor suas expectativas. Quem fala tem em mãos um objeto e, ao finalizar, entrega esse objeto para alguém que ainda não se apresentou. Um dos terapeutas inicia a dinâmica dizendo seu nome, revelando algo pessoal e explicando seu motivo para estar lá – porque pretende possibilitar melhoras na qualidade de vida dos participantes, por exemplo.
2. Descrição, pelo terapeuta, de como a presença de cada um ali pode significar um passo importante.
3. Exposição dos procedimentos: destacar a assiduidade, a pontualidade, a participação, a cooperação e o compromisso. (Se necessário, esclarecer normas da instituição, da entidade, da pesquisa). Solicitar consentimento para a realização dos procedimentos expostos.
4. Menção dos princípios teóricos que embasam o método do grupo (Vandenberghe, Cruz & Ferro, 2003; Vandenberghe et al., 2010): (1) a interação social está relacionada à dor; (2) os problemas do cotidiano irão aparecer na sessão, tornando possível observar como esses problemas funcionam e quais são suas causas; (3) enquanto estão ocorrendo, o cliente pode aprender sobre eles;

(4) o grupo permite perceber as causas da dor no contexto interpessoal.

5. Os participantes são solicitados a falar sobre os motivos que os trazem ao grupo. Os terapeutas se asseguram de que todos tenham um tempo justo para falar.

Encerramento:

Para a tarefa de casa, entrega-se o questionário sobre dor de McGill e uma figura humana em que cada participante irá marcar os pontos onde sente dor (Melzack, 1987; Pimenta & Teixeira, 1996). Realiza-se um relaxamento muscular progressivo guiado das pernas, seguindo instruções; e fornecem-se dicas para treinar o relaxamento muscular em casa, diariamente.

2ª Sessão: Concretizar e contextualizar a dor

Objetivos:

1. Identificar os níveis e as localizações da dor no corpo.
2. Conhecer a vivência da dor de cada um dos participantes e relacioná-la com posturas e atividades que a pessoa enfrenta ou evita.
3. Montar uma hierarquia de exercícios de exposição para uso pessoal. Conhecer a disposição da pessoa para enfrentar (permitir-se sentir) o incômodo, com o objetivo de construir uma vida com um sentido maior do que tentar evitar a dor.
4. Entender a relação dor-estresse.

Estratégias e métodos.

1. Recolher a figura humana e o questionário de dor de McGill, preenchidos para serem estudados pelos terapeutas, e informar futuras intervenções. Perguntar aos participantes como se sentiram ao fazer a tarefa e quais as dificuldades

encontradas. Se necessário, fazer perguntas para esclarecer as respostas da tarefa de casa.

2. Abrir espaço para cada componente compartilhar algo sobre os contextos nos quais a dor interfere na percepção de outras pessoas sobre ele; e o que a dor acarreta na sua vida. Identificar similaridades entre as histórias. Preparar juntos, com ajuda mútua, listas individuais que especificam posturas corporais e atividades temidas. Para cada atividade ou postura na sua lista, o participante explica que contribuição a atividade terá para a sua vida. Finalmente, o participante insere uma estimativa (de 0 a 10) da intensidade do medo que sente dela. Por exemplo: (i) sentar-se inclinado no sofá, utilidade: poder descansar, assistir televisão, nota 3; (ii) sentar ereto numa cadeira, utilidade: poder usar o computador, nota 5; (iii) sentar de cócoras, utilidade: voltar ao trabalho na oficina, brincar com os filhos pequenos, nota 9.
3. Escolher, de cada lista, as atividades e posturas que a pessoa quer usar no fim da terapia. Ordenar os itens escolhidos numa hierarquia de acordo com o grau de medo que evoca, e obter do participante o compromisso de que respeitará essa sequência, treinando a postura ou atividade menos ameaçadora, até que o medo cesse, antes de passar a treinar o próximo item. Explicar que o ideal é fazer os exercícios diariamente, mas que isso não será cobrado. Solicitar aos participantes que monitorem diariamente sua disposição para aceitar sentir dor, para poderem ir em frente com o que é mais importante na sua vida.
4. Realizar uma miniaula sobre a relação entre dor e estresse interpessoal (partindo do material do ponto 4 da sessão anterior). Pedir a cada participante uns exemplos de situações estressantes recorrentes que influenciam a dor.

Encerramento:

Passar, como tarefa de casa, a construção de uma “linha da vida”. Explicar, com um exemplo, como o participante deverá realizar a tarefa: desenhar uma reta cortando uma folha e marcar nela pontos entre o início (seu nascimento) e o fim da linha (o momento atual), indicando (com menção de idade ou ano de calendário) momentos que julgue relevantes, ou que o marcaram de alguma forma. Realizar o mesmo relaxamento muscular progressivo guiado da sessão anterior, acrescentando agora também os braços e ombros.

3ª Sessão: História de vida

Objetivos:

1. Relacionar a história de vida do cliente com sua realidade atual.
2. Investigar relações interpessoais conflituosas ou estressantes.

Estratégias e métodos:

1. Recolher a linha da vida e solicitar que cada um fale sobre os aspectos relevantes de sua história. O terapeuta ajuda a conduzir os relatos fazendo perguntas direcionadas.
2. Discutir eventos traumáticos e condições de vida, atuais e passadas, que possam ter contribuído direta e indiretamente para a dor crônica manifestada pelo participante. O terapeuta foca a vivência subjetiva das narrativas. Corta relatos factuais longos, perguntando sobre os sentimentos.

Encerramento:

Pedir que os participantes componham, como tarefa de casa, três listas: uma de problemas decorrentes da dor, outra de problemas que tornam a dor mais grave ou mais intolerável, e, finalmente, uma de re-

lacionamentos, atividades e situações que ajudem a amenizar a dor. O exercício de relaxamento no fim desta sessão é substituído por uma automassagem, seguindo instruções do terapeuta.

4ª Sessão: O ciclo vicioso

Objetivo:

1. Explorar melhor a relação entre problemas interpessoais e dor.
2. Identificar objetivos de mudança no dia a dia.

Estratégias e métodos:

1. Discutir círculos viciosos relacionados com a dor, na vivência dos participantes. Solicitar exemplos de cada participante.
2. Discutir e analisar os exemplos, e, a partir disso, identificar comportamentos-alvo para a vida cotidiana de cada participante: o que precisam mudar para interromper o ciclo? O terapeuta contextualiza esses objetivos junto com cada participante.

Encerramento:

Pedir que os participantes preencham, como tarefa de casa, o questionário para início de terapia (p. ex. Anexo F no livro de Tsai et al., 2012). Finalizar a sessão com relaxamento muscular progressivo guiado: braços, ombros, pescoço e face.

5ª sessão: Aprender no grupo

Objetivos:

1. Aprofundar a compreensão do trabalho com problemas ao vivo.
2. Engajar os participantes ativamente no trabalho ao vivo.

Estratégias e métodos:

1. Explicar que, durante a participação no grupo, os problemas afetivos e sociais pertinentes à dor se manifestam prontamente nos relacionamentos com o terapeuta e com os outros membros, durante as sessões, e também que esses mesmos relacionamentos permitem cultivar comportamentos interpessoais mais saudáveis. Esta sessão é proposta para ajudar os participantes a identificarem seus problemas enquanto se manifestam no grupo, a compará-los com os relacionamentos difíceis no seu cotidiano e permitir que as oportunidades de aprender com esses problemas no grupo mudem seu comportamento no cotidiano também. Por exemplo: “Nós tentamos ser muito transparentes e esperamos poder contar com a confiança mútua aqui no grupo. Para poder aprender, fazemos tudo para tornar este relacionamento verdadeiro e válido”.

Perguntar ao grupo o que eles esperam do terapeuta e explicar suas atitudes. Por exemplo: “Nossas expectativas são de que os problemas da vida lá fora ocorram aqui entre nós também. E quando ocorrerem, poderemos trabalhá-los aqui, diretamente”. Ou: “Dessa forma, são trabalhadas as dificuldades que ocorrem lá fora, utilizando o que acontece conosco aqui no grupo”. Partindo do questionário para início de terapia, pedir exemplos de sentimentos e de dificuldades dos participantes a respeito do início de relacionamentos e da entrada em novas situações, e discutir como os participantes lidaram com estes quando iniciaram sua participação no grupo.

2. Discutir os conteúdos do questionário, fazendo perguntas como: “Qual assunto te chamou mais atenção ao preencher o questionário?” ou “O que foi mais difícil no questionário?” ou “Quem quer compartilhar algo muito difícil...?”. Rever

os problemas que emergiram nos questionários à luz dos comportamentos dos participantes nas sessões, dos problemas do cotidiano deles discutidos nas sessões, e dos objetivos para mudança escolhidos na 2ª sessão.

Encerramento:

A tarefa de casa consiste em listar atividades potencialmente prazerosas que o participante parou de fazer por causa dos problemas, ou que nunca fez por outros motivos. Pôr em prática, durante a semana, um item da lista. Trazer a lista e o relato da atividade feita. Nesta sessão, a tarefa de casa anterior (questionário) é recolhida só no encerramento, porque foi usada pelos participantes durante a sessão. O terapeuta a usa para completar a formulação de caso de cada participante. Para fechar a sessão, realiza-se um relaxamento muscular progressivo guiado: braços, ombros, pescoço e face.

6ª Sessão: Emoções positivas

Objetivos:

1. Aumentar a atenção para as emoções positivas. Identificar oportunidades para ação valorizada. Identificar o que vale a pena na vida.
2. Diversificar o repertório, permitindo contato com mais reforçadores naturais.

Estratégias e métodos:

1. Os terapeutas propõem que os participantes compartilhem as atividades prazerosas que descobriram compilando a lista, e que digam qual escolheram realizar. Cada componente relata suas experiências durante a atividade.
2. Realizar um debate para selecionar e planejar mais atividades prazerosas com sugestões do grupo.

Encerramento:

Como tarefa de casa, o participante deve preencher uma folha cada dia com observações sobre seus sentimentos. O terapeuta entrega uma planilha, na qual os participantes escreverão o nome e a intensidade de emoções negativas e positivas em escalas análogas. Finalização da sessão com relaxamento por imagem induzida (por exemplo, um exercício de Treino Autógeno de Schultz).

7ª sessão: Sentimentos e relacionamentos

Objetivos:

1. Discriminar a relação entre sentimentos difíceis e a dor.
2. Relacionar emoções negativas com dificuldades interpessoais. Introduzir as noções de eficácia interpessoal e enfrentamento de problemas.

Estratégias e métodos:

1. De posse dos registros de emoções, verificar, com os participantes, relações entre estresse e intensidade da dor. Fazer uma leitura das emoções e das vivências interpessoais, que permita novas perspectivas sobre as dificuldades.
2. Aprender a identificar relações temporais entre vivências difíceis e aumento da dor. Os participantes identificam situações interpessoais com as quais querem aprender a lidar melhor, os valores pessoais envolvidos nestas e objetivos que gostariam de alcançar.

Encerramento:

Para a tarefa de casa, entrega-se a cada participante uma folha na qual serão anotadas observações relativas ao enfrentamento de situações interpessoais difíceis. Avaliar a eficácia das próprias estratégias. Fechamento com um exercício de *min-*

fulness: a varredura corporal (veja Kabat-Zinn, 1990; Ferro & Vandenberghe, 2010, p. 156). Veja Anexo 2.

8ª Sessão: Eficácia interpessoal

Objetivos:

1. Discutir o manejo de relações interpessoais.
2. Discutir as perspectivas dos participantes sobre seu papel nos problemas interpessoais.

Estratégias e métodos:

1. Miniaula expositiva e educativa. Mostrar como a eficácia interpessoal pode contribuir para a qualidade dos relacionamentos. Implicações de comportamento subassertivo, assertivo e agressivo. Apresentar com *role-play* e *feedback* pela turma: comunicação de necessidades; expressão de emoções; reciprocidade; e outras habilidades que o terapeuta tenha selecionado em função das dificuldades dos participantes.
2. Abrir espaço para que os participantes exponham seus pontos de vista sobre os conceitos apresentados, provocando uma interação no grupo e permitindo que os participantes deem exemplos de suas vidas. Discutir a tarefa de casa da sessão anterior, explorando como os participantes reagem diante de problemas interpessoais.

Encerramento:

Como tarefa de casa, pede-se que cada participante escolha e defina uma tarefa para si. Cada um recebe uma folha para anotar momentos em que consegue se comunicar de maneira eficaz, e quais as consequências desse comportamento. Para fechar a sessão, um exercício de relaxamento muscular livre (sem instruções). *Feedback* do terapeuta para melhorar a técnica.

9ª Sessão: Colocando em prática a eficácia interpessoal.

Objetivos:

1. Dar continuidade à aprendizagem da eficácia interpessoal, concedendo um aspecto mais prático, com integração na vivência dos participantes.
2. Promover experimentação com novas estratégias interpessoais.

Estratégias e métodos:

1. Pedir que cada um leia e comente as anotações sobre atitudes assertivas que fez ao longo da semana. A sessão será estruturada a partir dos conteúdos que emergem durante a discussão. Perguntar sobre dificuldades, superação, resultado final e vivência subjetiva.
2. Escolher objetivos pessoais alcançáveis com o comportamento assertivo.

Encerramento:

Passar tarefa de casa, na qual cada participante deverá observar e identificar cuidados que tomam consigo no dia a dia (por exemplo, cuidados pessoais, com a beleza, prática de atividades físicas, atividades prazerosas).

10ª Sessão: Percepção de si

Objetivos:

1. Investigar a relação que a pessoa tem consigo mesma.
2. Evocar conteúdos de modo a permitir que os participantes expressem como eles veem a si mesmos. Vivenciar o eu como um fluxo de conteúdos variados e não como um conteúdo estanque.

Estratégias e métodos.

1. Cada participante compartilha o que percebeu fazendo a tarefa de casa. Avaliam cuidados que têm consigo e como melhorá-los.
2. Coloca-se diante dos participantes um pacote de revistas contendo imagens de pessoas com várias características. Pede-se, então, para que cada um destaque figuras que retratem como tem se sentido ultimamente. Discussão sobre a ilusão de um eu imutável e o fluxo das experiências.

Encerramento:

Como tarefa de casa, é pedido ao participante que faça algo positivo que não se encaixe no conceito que ele tem de si, percebendo aquilo que pensa e sente em relação a si mesmo apenas como produto da sua história e das circunstâncias. Encerra-se com um exercício vivencial que promova o contato com o eu-como-fluxo-de-experiências (Saban, 2011; Ferro & Vandenberghe, 2009, p. 157). Anexo 3.

11ª Sessão: Como lidar com perspectivas diferentes

Objetivos:

1. Instigar o participante a perceber-se na perspectiva do outro, promovendo aceitação de diferenças interpessoais.
2. Conectar-se com o eu-como-perspectiva.

Estratégias e métodos:

1. Pedir que os participantes falem de algum relacionamento difícil que possuem. Em seguida, que descrevam como seria a perspectiva do outro na situação. Relatar a situação do ponto de vista do outro. Identificar pontos positivos nesta perspectiva.

2. A partir do material dos participantes, discutir os benefícios de considerar diferentes perspectivas. Buscar, também, vantagens em desprender-se dos seus conceitos pessoais, para obter uma visão mais ampla.

Encerramento:

Entregar o “Questionário para fim de terapia” (veja Tsai et al. 2012, Anexo F) como tarefa de casa. No fim da sessão, fazer o exercício “O Eu Observador” (veja Saban, 2011, p. 78-83; ou uma versão adaptada Ferro & Vandenberghe, 2009, p. 157) com discussão de grupo depois. Veja Anexo 4.

12ª Sessão: Fechamento

Objetivos:

1. Trabalhar sentimentos em relação ao fim da terapia.
2. Verificar mudanças dos participantes em comparação com o que se apresentava no início do trabalho.
3. Promover prevenção de recaída.

Estratégias e métodos:

1. Ler juntos o questionário para fim de terapia. Explorar sentimentos despertados pelo fim da terapia. Procurar entender a relevância destes pontos nos problemas interpessoais, na formulação de caso de cada cliente.
2. Discutir aspectos que envolvam a vivência e o benefício das sessões para cada um. Em seguida, aplicar novamente o questionário de dor de McGill, a figura humana, BAI e BDI. Apresentar os resultados aos participantes, e comparar com os resultados obtidos na sessão preliminar. Apontar as mudanças, e abrir espaço para que os sujeitos comentem sobre elas.

3. Discutir a manutenção do que foi aprendido, e dicas de prevenção de recaídas.

Sessão individual de *follow-up*

1. Entrevista sobre ganhos e sua manutenção. Discutir sobre o impacto da mudança na qualidade de vida.
2. Promover manutenção, ajudar na resolução de problemas que tenham surgido após o término da terapia e preparar o participante para desafios futuros.

Atitudes do terapeuta

A aplicação correta do protocolo exige do terapeuta uma atenção especial para situações interpessoais que ocorrem em momentos imprevistos durante as sessões. Estas situações, quando bem conduzidas, podem contribuir para o progresso clínico, enquanto negligenciá-las invalida os princípios centrais do protocolo.

Em primeiro lugar, o seguimento do protocolo, sem atenção à qualidade do vínculo, prejudicaria o potencial dele. O tratamento não ocorre num vazio, precisa de uma colaboração entre as pessoas envolvidas.

Em segundo lugar, o relacionamento terapêutico supera a noção de um vínculo colaborativo, por oferecer desafios interpessoais, e até mesmo desacertos, que permitem ao cliente aprender ao enfrentar as dificuldades que ocorrem no relacionamento com o terapeuta. Quando tais problemas se apresentam na sessão, o terapeuta não deve contorná-los ou dissimulá-los, com o intuito de salvar o vínculo positivo. Deve aproveitar as dificuldades que ocorrem naturalmente no relacionamento, para trabalhar os problemas do cliente ao vivo.

E, em terceiro lugar, o terapeuta deve estar atento ao seu envolvimento pessoal com o cliente, suas reações

emocionais à pessoa e aos conteúdos que traz. Deve estar disposto a monitorar os efeitos de suas reações e atitudes sobre o cliente, e a entender a relevância destas para o processo terapêutico. Estes três elementos importantes do tratamento não estão compreendidos na descrição de uma sessão específica, mas devem permear o tratamento do início ao fim.

Vínculo terapêutico

Desde a entrevista preliminar, deve-se investir atenção na qualidade do vínculo. Deve haver um acordo real quanto aos objetivos e às tarefas envolvidas no trabalho. Uma compreensão mútua entre o terapeuta e o paciente, com confiança nas intenções do outro, é fundamental. O terapeuta deve ser sensível à sabedoria do paciente, pois este detém o conhecimento da sua vivência. E o reconhecimento deste conhecimento deve sustentar um relacionamento igualitário. O terapeuta, sempre que possível, deve dar preferência a soluções criadas pelos participantes do grupo, mesmo quando acredita ter as respostas prontas. Não deve tentar convencê-los de que uma vivência significa 'realmente' algo diferente do que significa para a pessoa. Isto implica que o terapeuta seja sensível às práticas da cultura, à religião e à visão do mundo dos participantes, e não tente colocar sua visão como normativa. Quando diferenças de compreensão de comportamentos se tornam um entrave, é preciso dedicar tempo a elas.

O fato de o cliente já ter feito muitas tentativas frustradas para obter ajuda tem seu efeito sobre o vínculo. A pessoa com dor crônica pode ter dificuldades de se doar plenamente ao trabalho terapêutico, por causa de experiências de invalidação por profissionais e instituições com os quais teve contato anteriormente (Holloway et al., 2007). O vínculo também pode sofrer pressão quando o terapeuta en-

coraja o paciente a entrar em contato com sentimentos difíceis ou a encarar problemas que o paciente normalmente contorna. Pressionar o paciente a se expor a situações difíceis sem considerar o sentido que estas têm para ele, pode ser sentido como uma nova invalidação. O cuidado com o vínculo passa, em primeiro lugar, pela discussão aberta sobre como o cliente se sente em relação às atividades e ao terapeuta.

Sinais de ruptura do vínculo sempre merecem atenção imediata, não no sentido de encorajar o paciente a ser mais colaborativo, mas no intuito de buscar qual atitude do terapeuta (ou do grupo) desencadeou a ruptura, e o que o incidente significa para o paciente. Concertar uma ruptura de vínculo pode servir como veículo para abordar os problemas interpessoais do paciente, porque muitas vezes trazem à tona dificuldades das quais o paciente normalmente se esquia (Lumley et al., 2008). A negociação do vínculo faz parte do tratamento porque oferece a oportunidade de aprender a manejar a emoção interpessoal e a expressar necessidades e sentimentos de formas mais saudáveis. Essas habilidades novas são valiosas para o cotidiano de muitos pacientes com dor crônica.

Relacionamento terapêutico

O relacionamento terapêutico precisa incorporar o jogo dialético entre a aceitação radical (dos encobertos) e a promoção de mudança focada na melhoria da qualidade de vida. Aceitação radical é a compreensão que o terapeuta tem dos pontos de vista e sentimentos do paciente. Mesmo que estes sejam disfuncionais, constituem a única forma como a pessoa poderia dar sentido à sua realidade, a partir de sua história e de suas circunstâncias de vida. O cliente não é culpado pelo que sente, mas possui o

poder de agir para mudar suas condições de vida e, por consequência, também o que vai sentir no futuro (Linehan, 2009).

Por ser uma relação interpessoal, o relacionamento terapêutico evoca, inevitavelmente, comportamentos que caracterizam as dificuldades do cliente no ambiente do cotidiano. Alguns destes comportamentos carregam consigo a causa de problemas nos relacionamentos que o paciente tem com as pessoas mais importantes na sua vida. Em vez de reduzir estes comportamentos, a melhor opção é procurar identificar os paralelos entre os comportamentos do cliente na sessão com os comportamentos em relacionamentos problemáticos no seu cotidiano (Weeks et al., 2012). Comparar os problemas interpessoais que o paciente tem no seu dia a dia com suas dificuldades no grupo evoca uma gama de situações interpessoais – funcionalmente semelhantes às que acontecem no ambiente natural do paciente – de modo que o terapeuta poderá tornar o problema no grupo uma oportunidade de aprendizagem ao vivo (Vandenberghe, Cruz & Ferro, 2003). Isso implica também que o terapeuta maneje reações do grupo e trabalhe com respostas contraprodutivas de membros do grupo, para que as interações no grupo ofereçam a possibilidade de desenvolver repertórios interpessoais mais adequados (Silva, Rocha & Vandenberghe, 2010).

Durante todo esse processo, a relação com o terapeuta (e com o grupo) oferece a oportunidade para que cada participante aprenda a entender melhor as contingências que influenciam seu comportamento. O terapeuta deve ajudar cada um a reconhecer e a interpretar o contexto em que age de determinadas formas. Ao aprenderem a identificar porque se comportam de dada forma durante a sessão, estarão mais bem habilitados a poder entender e modificar

seu comportamento em situações funcionalmente equivalentes, no seu cotidiano.

Envolvimento pessoal do terapeuta

Quando pretendemos usar o relacionamento terapeuta-cliente como instrumento de cura, os sentimentos do terapeuta se tornam importantes. Isso coloca a pessoa daquele que atende no centro da atenção. O terapeuta deve ter o cuidado de não se relacionar com o cliente em função da sua dor. Tal postura reduziria a pessoa ao papel de portador de dor crônica e iria manter o cliente no mesmo tipo de relação em que já está inserido no seu cotidiano. Invalidaria as possibilidades de o paciente se relacionar com o terapeuta (e com o grupo) através de estratégias mais saudáveis. O terapeuta deve evitar, também, exigir uma rápida mudança comportamental da pessoa. Tal exigência repetiria a desqualificação das suas dificuldades, que muitos clientes já sofreram no passado. Outras pessoas, incluindo profissionais da saúde, já deixaram transparecer que o paciente poderia fazer mais para controlar sua dor, culpando-o assim, indiretamente, pelo problema para o qual busca ajuda.

Os pontos sensíveis, pessoais e culturais do terapeuta também devem ser monitorados. Ele deve trabalhar suas próprias dificuldades com os assuntos dolorosos levantados no grupo. Deve se dispor a desenvolver as habilidades necessárias para conduzir a relação com os participantes em função das necessidades deles. E, para isso, é necessária uma abertura suficiente para questionar os próprios pressupostos e as próprias respostas emocionais ao cliente.

DISCUSSÃO

A terapia de grupo permite integrar diferentes estratégias terapêuticas numa vivência intensa e genuína.

Os tratamentos psicológicos que têm maior apoio empírico na abordagem da dor crônica são a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) e a Exposição Graduada ao Vivo (Bailey, Carleton, Vlaeyen & Asmundson, 2010). É, principalmente, o primeiro que permeia o protocolo. Esse tratamento apropria-se das técnicas (metáforas, exercícios, vivências etc.) para promover atenção plena (*mindfulness*) e favorecer novas estratégias de vida que focam a realização de valores do cliente. Do segundo modelo, foi adotada a exposição às situações e ações que o cliente teme, por serem associadas à dor. Estes pontos não são trabalhados separadamente, mas no contexto de uma busca por transformar as relações interpessoais de uma forma que condiz com as necessidades da pessoa.

REFERÊNCIAS

- Bailey, K. M., Carleton, R. N., Vlaeyen, J. W. & Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39* (1), 46-63.
- Burns, J. W., Quartana, P. J., Gillian, W., Matsuura, J., Nappi, C. & Wolfe, B. (2011). Suppression of anger and subsequent pain intensity and behavior among chronic low back pain patients: the role of symptom-specific physiological reactivity. *Journal of Behavioral Medicine*, *35*, 103-114.
- Campbell, Y. (2011). *Réadaptation au travail en contexte de douleur chronique, un modèle d'intervention* (Institut de kinésiologie du Québec). Retirado 10 de novembro de 2012, do site <http://www.yvanc.com/Download/TEMPORAIRES/20110520%20modele%20intervention%20IKQ.pdf>
- Cole, S.W., Hawkey, L.C., Arevalo, J.M.G. & Cacioppo, J.T. (2011). Transcript origin analysis identifies antigen presenting cells as primary targets of socially regulated leuko-

- cyte gene expression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*, 3080-3085.
- Eisenberger, N. I., Jarcho, J. M., Lieberman, M. D. & Naliboff, B. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain*, *126*, 132-138.
- Ferro, C. L. B. & Vandenberghe, L. (2010). A prática de mindfulness na psicoterapia analítico-funcional em grupo para dor crônica. Em G. Couto & S. D. Pires (Orgs.), *Os contornos da psicologia contemporânea* (pp. 143-170). Itatiba: Casa do psicólogo.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis: Mosby.
- Gatchel, R. J. & Kishino, N. D. (2011). The biopsychosocial perspective of pain and emotion. Em: G. MacDonald & L. Jensen-Campbell (Eds.). *Social Pain: Neuropsychological and Health Implications of Loss and Exclusion*. Washington: American Psychological Association.
- Gatchel, R. J. & Rollings, K. H. (2011). Cognitive Behavioral Therapy. Em: S. Dagenais & S. Haldeman (Eds.). *Evidence-based management of low back pain*. New York: Mosby.
- Gee, G. C., Spencer, M. S., Chen, J. & Takeuchi, D. (2007). A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, *97*, 1275-1282.
- Gouin, J.-P., Glaser, R., Malarkey, W.B., Beversdorf, D. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012a). Chronic stress, daily stressors and circulating inflammatory markers. *Health Psychology*, *31*, 264-268.
- Gouin, J.-P., Glaser, R., Malarkey, W.B., Beversdorf, D. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012b). Childhood abuse and inflammatory responses to daily stressors. *Annals of Behavioral Medicine*, *44*, 287-292.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The process and practice of mindful change*. 2a Ed. New York: Guilford.
- Holloway, I., Sofaer-Bennett, B., & Walker, J. (2007), Stigmatisation of people in chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, *29* (18), 1456-1464.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind in everyday life*. New York: Delacorte
- Kendall-Tackett, K. A. (2010). Depression, hostility, posttraumatic stress disorder, and inflammation: The corrosive effects of negative mental states. Em K.A. Kendall-Tackett (Org.). *The psychoneuroimmunology of chronic disease: Exploring the links between inflammation, stress, and illness* (pp. 113-131). Washington: American Psychological Association.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy. A practical guide*. New York: Guilford.
- Kratz, A.L., Davis, M.C. & Zutra A.J. (2012). Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain. *Health Psychology*, *31* (3), 278-285.
- Kross, E., Berman, M.G., Mischel, W., Smith, E.E. & Wager, T.D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *108*, 6270-6275.
- Kool, M.B. & Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases. The significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *146*, 229-241.
- Linehan, M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de personalidade borderline*. [Obra original 1993]. Porto Alegre: Artmed.
- Lumley, M.A., Cohen J.L., Stout, R.L., Neely, L.C., Sander, L.M. & Burger, A.J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain:

- Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, *45*, 165-172.
- Melzack, R. (1987). The short-form of the McGill pain questionnaire. *Pain*, *30*, 1991-197.
- Melzack, R. (1998). *Pain and stress: Toward understanding chronic pain*. Em M. Saborin, F. Craik & M. Robert (Orgs.). *Advances in Psychological Science Vol. 2*. Londres: Taylor and Francis.
- Piazza, J.R., Charles, S.T., Sliwinski, M.J., Mogle, J. & Almeida, D.M. (2012, 19 de outubro). Affective Reactivity to Daily Stressors and Long-Term Risk of Reporting a Chronic Physical Health Condition. *Annals of Behavioral Medicine*, *45*, 110-120.
- Pimenta, C. A. de M. & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *30*, 473-483.
- Saban, M.T. (2011). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. Santo André: ESETec.
- Silva, D.S., Rocha, E.P. & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*, *18*, 335-343.
- Slade, S.C., Molloy, E. & Keating, J.L. (2009). Stigma experienced by people with non-specific chronic low back pain: a qualitative study. *Pain Medicine*, *10*, 143-154.
- Smith, J.A. & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, *22*, 517-534.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. Kohlenberg, B., Follete W.C. & Callaghan, G. M. (2012). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* [Obra publicada originalmente em 2009; F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.]. Santo André: ESETec.
- Vandenberghe, L., Cruz, A.C.F. & Ferro, C.L.B. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *5*(1), 31-40.
- Vlaeyen, J.W.S., de Jong, J., Sieben, J. & Crombez, G. (2002). Graded exposure in vivo for pain-related fear. Em D. C. Turk & R. J. Gatchel (Orgs.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. (2ª ed., pp. 210-233). New York: Guilford.
- Weeks, C.E., Kanter, J.W., Bonow J. T., Landes S. J. & Busch A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for Research, Training and clinical purposes. *Behavior Modification*, *36*(1), 87-119.

ANEXO 1.

Procedimento geral das sessões de grupo Introdução à sessão

Os terapeutas dão as boas-vindas aos participantes e anunciam o tema que está na pauta da sessão. Prosseguem pedindo-lhes *feedback* sobre a sessão anterior e verificam se houve, no cotidiano dos participantes, ocorrências consideradas importantes por eles. Os terapeutas também ficam atentos às mudanças que vêm ocorrendo na vida dos participantes. Este momento dura cerca de 10 minutos.

Em seguida, dá-se oportunidade livre para cada um demonstrar uma postura da hierarquia do medo (elaborada na sessão 2), e relatar ou pedir sugestões a respeito da execução das atividades da hierarquia. Este momento, geralmente, tem um aspecto lúdico e divertido, mas também é uma oportunidade para os participantes se aproximarem entre si,

dando apoio às tentativas dos outros, aprenderem a pedir ajuda de maneira produtiva e engajarem-se a encorajar no colega o enfrentamento do medo de movimentos e de posturas que eles associam com a dor. O foco está em permitir que o cliente descubra (1) que a postura temida não aumenta a dor tanto quanto esperava, e (2) que, ao exercitar movimentos e atividades dos quais se esquiva no seu dia a dia, ele reconquista sua flexibilidade e, gradualmente, diminui a intensidade da dor. Também é cultivada a aceitação da lentidão do progresso e do incômodo no momento presente, com vista a uma melhora gradual no futuro. Em vez de encorajar o cliente a avançar rápido, o terapeuta certifica-se de que o participante não pula etapas na sua hierarquia individual de atividades temidas. Dez a quinze minutos, dependendo das necessidades dos participantes, são dedicados a este momento.

Durante as duas primeiras fases da sessão, surgem vários temas que merecem ser aprofundados. Itens que podem ser integrados ao tema da sessão são atendidos no decorrer desta. Temas diversos são anotados, e combina-se com o participante quando o assunto será trabalhado; por exemplo, pode-se dizer: “Teremos uma sessão daqui a duas semanas exatamente sobre esse assunto. Lembre-me da sua questão no início dessa sessão futura”. Outros assuntos de alta urgência podem ser discutidos em um tempo extra no fim da sessão; ou pode-se marcar um encontro individual em outro momento.

Recolhimento da tarefa de casa

Na maioria das sessões, as tarefas são recolhidas e discutidas para vivenciar de forma profunda o assunto da atividade temática da sessão.

Atividades temáticas da sessão

Cada sessão possui um tema. São usadas tanto estratégias psicoeducativas quanto psicoterápicas. Muitas vezes – mas não exclusivamente –, é nesta fase da sessão que ocorrem comportamentos clinicamente relevantes no relacionamento terapeuta-participante ou nos relacionamentos entre os participantes. Neste caso, dá-se prioridade para trabalhar estes comportamentos diretamente ao vivo, antes de voltar ao tema.

Encerramento da sessão

Primeiro, apresenta-se a nova tarefa de casa, com tempo para os participantes fazerem perguntas e discuti-las. A tarefa de casa serve para generalizar o que foi aprendido na sessão sobre o cotidiano, e para colher informações e experiências a serem usadas nas próximas sessões. Depois disso, a maioria das sessões fecha com um treino de relaxamento ou de atenção plena (*mindfulness*). A intenção do treino de relaxamento é familiarizar o cliente com habilidades para aprender (treinando em casa) a influenciar a tensão muscular. Explica-se como habilidades de relaxamento podem ajudar a manejar respostas corporais ao estresse. Exercícios de *mindfulness* ajudam o cliente a aprender a relacionar-se com sensações e sentimentos negativos de maneira mais flexível, com mais aceitação e com um olhar mais aberto para a informação que essas sensações e emoções trazem sobre seu contexto de vida.

Depois do encerramento da sessão, é apresentado o “baralho dos sentimentos”, o qual consiste em doze carinhas representando as seguintes emoções: satisfeito, feliz, surpreso, com sono, cheio de dúvidas, angustiado, irritado, indiferente, confuso, cansado, preocupado, ainda não sei. Solicita-se aos participantes que apontem a carinha que mostra “como você está saindo desta sessão”. Após a escolha de

cada participante, investigar o motivo que o fez escolher essa opção, e revelar ao grupo.

ANEXO 2

Varredura corporal.

(Baseada em Kabat Zinn, 1990).

Consiste em escanar o corpo com concentração. O cliente está deitado de costas, concentrando-se nas sensações nas diferentes partes do corpo. O terapeuta nomeia, uma por uma, as partes do corpo nas quais a pessoa deve se concentrar, começando no topo da cabeça, descendo lentamente e finalizando na planta dos pés. O cliente é instruído a deixar de fazer julgamentos sobre sensações, sentimentos ou outros eventos privados. Quando sentir incômodo por causa da postura, deve corrigir apenas o que está causando o problema. Sensações, pensamentos e emoções que se apresentam espontaneamente são aceitos, sem tentar esquivar-se deles nem se apegar neles. Depois de reconhecidos, são liberados suavemente, para que o participante volte sua atenção para o exercício em andamento.

Se os participantes pedirem para repetir o exercício numa sessão posterior, recomenda-se introduzir uma variação, repetindo a mesma experiência em movimento. Com as mesmas instruções, o participante caminha lentamente pela sala, concentrando-se nos próprios movimentos.

ANEXO 3

Eu-como-Fluxo-de-Experiências

(Baseado em Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

O terapeuta pede que os participantes se imaginem embaixo de uma árvore e diante de um riacho. (O

terapeuta pode descrever um cenário acolhedor para os participantes visualizarem). Conforme as folhas dessas árvores caem, o participante pegará uma de cada vez e anotará nela o que está sentindo, pensando ou lembrando naquele momento, antes de jogá-la no rio e vê-la sendo levada pela correnteza. O propósito deste exercício é permitir que o participante perceba a variabilidade e volubilidade dos pensamentos, abrindo possibilidades de agir de formas diferentes dos conceitos cristalizados que mantém sobre si.

ANEXO 4.

Eu-observador

(Baseado em Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

O participante é instruído a fechar os olhos e imaginar o ambiente próximo a ele (o terapeuta dá dicas sobre aspectos marcantes do ambiente para ajudar na visualização). Gradualmente, o terapeuta menciona objetos que estão mais próximos ao cliente, terminando com a cadeira onde está sentado. Passa a pedir atenção para o contato com a cadeira e as sensações da pele em contato com a roupa. Segue para o ambiente interno, mencionando a tensão muscular, os batimentos cardíacos, os sentimentos e os pensamentos. Em seguida, chama a atenção para a presença do observador. (Considere que alguém está observando todos esses sentimentos, pensamentos e sensações).

O passado é evocado. (Este corpo passou por muitas transformações, mudou em vários aspectos. Já engordou, emagreceu. Já esteve muito menor, cresceu, machucou-se, sarou. Durante todas essas transformações, sempre teve alguém observando.) O cliente é instruído a escolher um momento bem marcante

que ocorreu recentemente, e a imaginar nitidamente o ambiente físico, as pessoas presentes, os seus próprios comportamentos, sentimentos e pensamentos. Outra vez, o Eu observador é introduzido. (Perceba que há alguém aqui que tem acesso a todas essas lembranças).

Depois, pede-se ao cliente que escolha um momento marcante do passado recente (por exemplo, dos últimos anos). Dão-se as mesmas instruções. A tarefa é também repetida com um evento marcante da juventude.

O terapeuta pede que o participante se lembre dos seus papéis sociais, um por um (como o de filha, de mãe, de profissional, etc.). Indica que o Eu não deve ser confundido com estes papéis. (Ao se imaginar

em cada um desses papéis, o participante observa as atividades e motivações típicas de cada papel, os pensamentos, os sentimentos vivenciados ao executá-los. Depois, o terapeuta chama a atenção para o fato de que está presente neste exercício um observador que tem acesso a todas essas vivências, mas não “é” nenhum destes papéis).

Finalmente, o terapeuta chama a atenção para as sensações que o próprio exercício trouxe. (Perceba que você sentiu e pensou algo sobre o exercício, sobre os sentimentos e as sensações que ele evocou em você. Observe que tem alguém observando essas sensações, esses sentimentos e pensamentos). O cliente, então, volta para a sala; primeiro, na imaginação; em seguida, abrindo os olhos. O terapeuta pede que o cliente avalie o exercício.

Recebido em 10 de janeiro de 2013 Encaminhado para revisão em 22 de março de 2013 Aceito em 10 de junho de 2013
