

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

GUILHERME MORITZ

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COM O USO DO GRUPO DE TREINAMENTO DE
HABILIDADES DA TERAPIA DIALÉTICO COMPORTAMENTAL COMO
TRATAMENTO COMPLEMENTAR A MEDICAÇÃO EM ADULTOS COM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Porto Alegre

2019

GUILHERME MORITZ

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COM O USO DO GRUPO DE TREINAMENTO DE
HABILIDADES DA TERAPIA DIALÉTICO COMPORTAMENTAL COMO
TRATAMENTO COMPLEMENTAR A MEDICAÇÃO EM ADULTOS COM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
psiquiatria e ciências do
comportamento, da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como
parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Luis Augusto Paim Rohde

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Moritz, Guilherme
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COM O USO DO GRUPO DE
TREINAMENTO DE HABILIDADES DA TERAPIA DIALÉTICO
COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR A
MEDICAÇÃO EM ADULTOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE / Guilherme Moritz. -- 2019.
104 f.
Orientador: Luis Augusto Rohde.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Transtorno de Déficit de Atenção e
Hiperatividade. 2. Terapia Dialético Comportamental.
3. Tratamento Complementar. 4. Ensaio Clínico. I.
Rohde, Luis Augusto, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

GUILHERME MORITZ

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COM O USO DO GRUPO DE TREINAMENTO DE HABILIDADES DA TERAPIA DIALÉTICO COMPORTAMENTAL COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR A MEDICAÇÃO EM ADULTOS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, de de 2019.

A comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação “Ensaio clínico randomizado com o uso do grupo de treinamento de habilidades da Terapia Dialético Comportamental como tratamento complementar a medicação em adultos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, elaborada por Guilherme Moritz como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Prof^ª. Dr^ª. Gisele Gus Manfro (UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira (PUC-RS)

Prof^ª. Dr^ª. Neusa Sica da Rocha (UFRGS)

Orientador: Prof. Dr. Luis Augusto Paim Rohde (UFRGS)

Porto Alegre

2019

Agradecimentos:

Gostaria solentemente de agradecer as pessoas imprecidíveis neste processo:

À Luisa Dalla Valle Geisler, pelo companheirismo em todos estes anos, pelo amor nos momentos difíceis, pelos incentivos e pela coragem que me ensinou a ter, e por me ajudar quando eu nem percebi que necessitava de ajuda. Aos meus gatos de estimação, Varig, Queen, e Telpe pelo afeto; e a Meera pelo amor, coragem, e exemplo que em ajudaram a ser capaz de enfrentar estes desafios.

Aos meus familiares, à minha Mãe pelo exemplo de dedicação e superação, e ao meu Pai pelo exemplo de interesse nas ciências e na liberdade; e a Rosa pela paz e tranquilidade nas dificuldades, e aos três pelo suporte e afeto. Às minhas tias Vera e Maria Lúcia pelo exemplo de carreira acadêmica.

Aos meus colegas Lucas Schuster, Mariana Dillenburg, Laura Lewgoy, e Patrícia Basso; que aplicaram o grupo comigo e foram imprescindíveis para que este projeto acontecesse. Pelas questões que aprimoram a mim e ao projeto, e por manterem a minha moral quando necessário. E, claro, pela amizade e afeto durante todo este tempo.

À Ana Cancian e Leandro Pizutti, que ofereceram um valioso apoio instrumental sem o qual este projeto não aconteceria, e por terem elevado a qualidade científica e clínica do projeto. A inspiração em vocês foi fundamental para mim.

Aos participantes da pesquisa, pela confiança e empenho, que foram necessários para realizar esta pesquisa. E por fornecerem a motivação humana que fundou este trabalho em primeiro lugar.

À Stefania, Michel, Marcelo Vitor, Flávia Wagner, e todos os que me ajudaram ou contribuíram para a execução deste projeto e foram fundamentais para que esta pesquisa existisse.

Ao meu orientador, Luis Augusto Rohde, por ter acreditado em mim e ter me dado espaço para me desenvolver, mesmo quando isso significou lidar com as minhas dificuldades.

Finalmente, à Virgínia Rosa, pela amizade e por acreditar no meu potencial. Sem a tua confiança caminhada não teria sequer começado.

....muito obrigado, e até a próxima

RESUMO:

Introdução: Apesar das diretrizes clínicas recomendarem tratamentos combinados para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), poucos estudos tiveram como alvo terapias de grupos. O Grupo de Habilidades (DBT-ST) da Terapia Dialético Comportamental (DBT) tem sido proposto como uma alternativa viável, e já foi adaptado para outros transtornos.

Objetivo: Explorar a viabilidade da DBT-ST em um novo contexto cultural, e avaliar sua efetividade como tratamento complementar a medicação para TDAH em adultos.

Método: Adultos com TDAH (n=31) usando medicação para o tratamento de TDAH e com sintomas residuais (ASRS >20) foram aleatoriamente arrolados para DBT-ST (n=16) ou para tratamento convencional (TaU) (n=15), por 12 semanas. A viabilidade foi acessada pela aderência e abandono. O Desfecho primário escolhido foram os escores na Adult Self-Report Scale (ASRS). Vários desfechos secundários foram avaliados, incluindo testes neuropsicológicos. Os desfechos foram investigados na linha basal e com 6, 12, e 16 semanas.

Resultados: A DBT-ST teve uma taxa de 87,25% de comparecimento nas sessões, e 12,50% de abandono. Não foram encontradas interações estatísticas significativas entre o grupo e tempo em nenhum desfecho primário. Em relação aos desfechos secundários, o DBT-ST apresentou um prolongamento do tempo médio de resposta no teste Go/No-Go ($p=0,034$).

Discussão: O grupo se mostrou viável para tratamento complementar de adultos com TDAH em uma cultura Latino-Americana. Fomos capazes de reproduzir os achados de estudos anteriores que apontaram ausência de eficácia da DBT-ST na redução dos escores nas escalas de sintomas para TDAH. Nossos achados indicam que os ganhos conseguidos com a terapia não justificam a aplicação de uma intervenção tão complexa e sofisticada, uma vez que a literatura sugere ganhos similares com intervenções que podem ser aplicadas com menos recursos. Contudo, nossos achados indicam uma tendência a um padrão de resposta mais conservador em um dos testes de neuropsicologia.

Registrado na database de Ensaio Clínicos: NCT03326427

Palavras chaves: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Terapia Dialético Comportamental, Viabilidade, Tratamento Complementar.

Abstract:

Background: Despite guidelines suggest multi-modal treatment for adult ADHD, few studies have assessed group add-on interventions for the disorder. Dialectical Behavior Therapy (DBT) Skills Training Group (DBT-ST) has been proposed as a feasible approach.

Objective: Our aim was to explore the feasibility, acceptability, and efficacy of a DBT-ST as an add-on treatment for adult ADHD, in a Latin American culture.

Method: Adults with ADHD (n=31) using medication treatment for ADHD and with residual symptoms (ASRS >20) were randomly assigned to DBT-ST (n=16) or Treatment as Usual (TaU) (n=15) for 12 weeks. Feasibility was assessed by the attendance and adherence rates. Our primary outcome was the Adult Self-Report Scale (ASRS). Several secondary outcomes were assessed including neuropsychological tests. Assessments were performed at 0, 6, 12, and 16 weeks.

Results: The attendance rate for DBT-ST sessions was 87.25%, the dropout rate was 12.50%. We did not detect significant interactions between group and time for any outcome, except for the mean reaction time in the Go/No-Go task, a measure of response inhibition, where the DBT-ST group showed a significant increase over time ($p=0.034$).

Discussion: The DBT-ST was feasible for adult patients with ADHD in a Latin culture. We were able to reproduce the findings from previous non add-on investigations that showed no significant improvement in ADHD symptoms. Registered at the Clinical Trials database: NCT03326427

Key words: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Feasibility, Add-On Intervention.

ABREVIATURAS:

AaQoL – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality of Life

ADHD-CL – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Check List

ASRS – Adult Self Rating Scale

BAI – Inventário Beck de Ansiedade

BADDS - Brown Attention-Deficit Disorder Scales

BAR - Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV

BDI – Inventário Beck de Depressão

CARRS – Connor’s Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales

CGI – Cinical Global Impression Scale

DBT – Terapia Comportamental Dialética

DBT-ST – Grupo de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética

DSM-5 – Manual Diagnóstico de Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição

GEE - Equações de Estimação Generalizadas

MSt – Teste Stroop Modificado

PRODAH – Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Q.I – Coeficiente de Inteligência

SCL-90 - Symptom Checklist-90

SCD-I - Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV

SCD-II - Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo II do DSM-IV

TaU – Tratamento Psiquiátrico Convencional

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

WURS - Wender Utah Rating Scale for the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

SUMÁRIO:

1. Introdução	9
1.1. TDAH na população adulta	9
1.2. Terapia Dialético Comportamental	10
2. Revisão da Literatura	11
2.1. Tratamento do TDAH.....	11
2.2. DBT no tratamento do TDAH	13
3. Justificativa	16
4. Objetivos	18
4.1. Objetivos Gerais	18
4.2. Objetivos Específicos	18
5. Metodologia	19
5.1. Delineamento	19
5.2. Amostra	20
5.2.1. Critérios de Inclusão	20
5.2.2. Critérios de Exclusão	21
5.3. Desfechos	21
5.3.1. Análise estatística.....	22
5.4. Grupo de Habilidades	23
5.4.1. Planejamento das Sessões	23
5.4.2. Resumo das Sessões	24
6. Considerações Éticas	27
7. Referências da Revisão Bibliográfica.....	28
8. Artigo	33
9. Discussão	59
10. Referências	63
11. Apêndices.....	65
11.1 Apêndice A: Sessões.....	65
11.2 Apêndice B: Questionários.....	96
11.3 Apêndice C: Termo de Consentimento.....	100

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA POPULAÇÃO ADULTA

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição (DSM-5) define o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento com um padrão de desatenção e/ou hiperatividade persistente que causa prejuízos no funcionamento global do sujeito. Os sintomas do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente e não devem ser melhor explicados por outros transtornos mentais (DSM-5, 2014). O TDAH é bastante heterogêneo clinicamente, possuindo duas dimensões de sintomas: desatenção e hiperatividade/impulsividade. Apesar de associado com a população infantil e ter entre seus critérios a necessidade de que os sintomas estejam presentes desde a infância, o transtorno persiste na idade adulta em cerca 60% dos casos em amostras clínicas (Biederman et al. 2012). Com curso crônico, o TDAH tem prevalência na população adulta de 2.95% (Simon et al. 2009).

O TDAH está associado a vários prejuízos neuropsicológicos nas áreas de inibição, memória de trabalho, vigilância e planejamento (Willcutt et al. 2005); assim como está associado com prevalência mais alta de comorbidades psiquiátricas (Fayaad et al. 2007). Biederman et al. (2008) e Pitts et al. (2015) apontam que adultos com TDAH sofrem com diversos prejuízos globais, incluindo problemas nas áreas de saúde mental, em desempenho acadêmico e profissional, tendo mais dificuldades para concluírem tarefas e manterem-se em empregos, além de relatarem déficits na qualidade de vida e autoestima. Estudos recentes mostram inclusive a maior prevalência de mortes por acidentes (Dalsgaard et al. 2015) e maior risco de gravidez na adolescência (Lehti et al. 2012). Adultos com TDAH, além da grande propensão a outros diagnósticos psiquiátricos, tem maior uso, abuso e dependência de substâncias (Pitts et al. 2016). Adicionalmente, prejuízos para as relações afetivas e sociais determinados pelo TDAH são sugeridos por Canu, et al. (2014), para todos os subtipos de TDAH. Os custos econômicos não são precisos e variam de país para país, mas estimativas para a população dos Estados Unidos no ano de 2000 (Birnbaum et al. 2005) indicam custos de 3.7 bilhões de dólares só para perdas profissionais e US\$ 31.7 bilhões em custos totais. Maia et al. (2015) demonstraram o ganho financeiro que seria obtido com o tratamento adequado do TDAH, especificamente para o sistema público de saúde brasileiro.

O uso de estimulantes é o tratamento de primeira linha para o TDAH, e é o tratamento único com o melhor efeito (Wigal, 2009; Caye et al. 2018; Wigal, 2009). No entanto, é comum que sintomas, prejuízos funcionais e na qualidade de vida persistam mesmo após resultados satisfatórios com a medicação (Swanson et al. 2007; Wigal, 2009; Vidal-estrada et al 2012). Diretrizes clínicas internacionais recomendam um tratamento multimodal para o tratamento do TDAH (Vidal-estrada et al. 2012).

1.2. TERAPIA DIALÉTICO COMPORTAMENTAL

A Terapia Dialético Comportamental ou DBT (da sigla em inglês Dialectical Behavior Therapy) é uma terapia comportamental com elementos de mindfulness e da filosofia dialética. Resumidamente, os cerne da prática de DBT constam dos elementos de: mindfulness, aceitação radical para validação emocional, dialética para comprometimento e engajamento, e cognitivismo e comportamentalismo para modificação do comportamento. (Linehan e Wilks, 2015). A terapia em seu modelo padrão consiste de um plano de sessões individuais associadas a um grupo de treinamento de habilidades (Linehan, 2014a). Foi criada por Marsha Linehan no final dos anos setenta, especificamente para pacientes com alto risco suicida e com transtorno de personalidade limítrofe, obtendo excelentes resultados e consolidando-se como tratamento padrão para estes casos (Linehan e Wilks, 2015; Kahl et al. 2012). A DBT também foi testada para pacientes com diagnóstico de personalidade limítrofe em relação ao seu custo benefício, mostrando-se viável economicamente (Pasioczny e Connor, 2011).

O grupo de treinamento de habilidades da DBT, como módulo único, vem sendo estudado desde o final da década de noventa como alternativa também para outras finalidades clínicas como transtornos alimentares, estresse pós-traumático, e transtornos de humor (Valentine et al. 2015). O grupo de treinamento de habilidades na versão padrão para transtorno limítrofe de personalidade tem duração de um ano, e consiste em sessões semanais de duas horas, separadas em quatro módulos: Mindfulness, Regulação emocional, Efetividade interpessoal, e Tolerância ao mal-estar/Aceitação (Linehan, 2014a).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRATAMENTOS DO TDAH

A escolha do tratamento ótimo para o TDAH depende de vários fatores diferentes, como idade, gravidade do quadro, comorbidades, e fatores individuais; não havendo fórmula única. A evidência para casos moderados e severos em adultos e crianças, a partir dos setes anos, aponta de modo consistente para uma efetividade superior dos tratamentos farmacológicos, em especial psicoestimulantes, em relação aos demais tratamentos. (Moriyama et al. 2013; Caye et al. 2018). Porém, a evidência da efetividade da medicação não é clara em casos leves (Wigal. 2009; Moriyama et al. 2013; Caye et al. 2018) e com crianças menores que 7 anos (Charach et al. 2013), incluindo efeitos adversos à medicação. Para casos graves, há uma tendência na literatura para a recomendação de tratamentos combinados, somando intervenção farmacológica e comportamental, mesmo que as evidências não sejam definitivas (Safren et al. 2010b; Philipsen et al. 2015; Caye et al. 2018). Quadros de TDAH sem comorbidades são a exceção, não a regra (Fayaad et al. 2007), o que influencia a escolha do tratamento ótimo para cada paciente.

As evidências são claras de que o tratamento farmacológico é o fundamento central na prática clínica para o tratamento do TDAH (Buitelaar e Medori, 2010; Moriyama et al. 2013; Caye et al. 2018). Contudo, há limitações para a efetividade das medicações. Parte dos pacientes não responde à medicação, ou mesmo após um tratamento farmacológico ótimo para o TDAH, espera-se que um grupo significativo de pacientes ainda apresentem sintomas residuais e prejuízos funcionais que afetam áreas importantes da vida dos pacientes e sua autoestima (Wigal 2009; Safren et al. 2010a; Moriyama et al. 2013). Outra limitação é que a melhora no funcionamento neuropsicológico com a medicação é pequena quando comparada às melhoras em sintomas (Sonuga-Barke et al. 2014).

Várias abordagens têm se mostrado viáveis para o tratamento não farmacológico, como Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Terapias Baseadas em Mindfulness, Neurofeedback, suplementação alimentar; e em crianças o manejo parental (Vidal-Estrada et al. 2012; Mitchell et al. 2015; Modesto-Lowe et al. 2015; Caye et al. 2018). As evidências sobre a eficácia dos tratamentos não farmacológicos não são definitivas, variando conforme cada intervenção e população-alvo (Moriyama et al. 2013; Caye et al. 2018). As intervenções não farmacológicas com melhor evidência de eficácia são psicoterapias comportamentais, indicando efeitos de leves a moderados nos sintomas do transtorno, com boa tolerabilidade

(Young et al. 2016; Knouse et al. 2017). Efeitos em desfechos secundários como comorbidades, qualidade de vida, também são mostrados (Safren et al. 2010b; Emillson et al. 2011; Weiss et al. 2012; Knouse et al. 2017). Porém, existem ressalvas sobre a literatura acerca da eficácia dos tratamentos psicoterápicos, pois são um tipo de intervenção complexa de ser analisada. Os estudos analisando a eficácia das intervenções psicoterápicas são difíceis de serem generalizados para uma meta-análise coerente, pois as intervenções variam em diversos aspectos que tornam esta análise complexa, como: viés teórico, modo de aplicação, fidedignidade, e quantidade e duração da intervenção (Caye et al. 2018). Também se deve considerar que é possível que nem todas as intervenções funcionem para o mesmo sujeito, dada a variabilidade das condições dos pacientes com TDAH (Caye et al. 2018). O efeito da terapia em comorbidades e na aderência ao tratamento também é um possível complicador (Moriyama et al. 2013; Young et al. 2016), portanto, generalizando, não há evidência conclusiva sobre a eficácia das terapias comportamentais apesar de dados promissores.

Dado os potenciais e as limitações dos tratamentos farmacológicos, e os potenciais e limitações das psicoterapias comportamentais como tratamento único para o TDAH, é interessante verificar os dados sobre tratamentos combinados. A literatura a respeito dos tratamentos complementares após o estabelecimento do tratamento farmacológico para o TDAH é restrita, porém indica a possibilidade de benefícios no tratamento dos sintomas centrais do TDAH, e em áreas secundárias como aderência ao tratamento, qualidade de vida e tratamento de comorbidades (Safren et al. 2010b; Sonuga-Barke et al. 2013; Moriyama et al. 2013; Philipsen et al. 2015). Estudos longitudinais de longo prazo associam tamanho de efeito maiores a tratamentos combinados (Arnold et al. 2015).

A associação com terapia cognitivo-comportamental individual tem sido o incremento de tratamento mais bem estabelecido. Alternativas de tratamento em grupos, mais viáveis para o ambiente de saúde pública, utilizando as psicoterapias comportamentais tem sido alto de interesse recente com resultados promissores (Safren et al. 2010b; Emillson et al. 2011; Weiss et al. 2012; Vida-Estrada et al. 2012). Terapia em grupo baseada em Mindfulness mostrou efetividade na redução de sintomas em adultos, o que foi replicado em um robusto ensaio multicêntrico (Mitchell et al. 2015; Janssen et al. 2018). Em outro artigo multicêntrico, um protocolo em grupo da TCC com adolescentes também se mostrou efetivo na redução dos sintomas, sendo aplicado em conjunto a medicação, em comparação a um grupo controle também com medicação (Vidal et al. 2018).

2.2 DBT NO TRATAMENTO DO TDAH

Nossa revisão final encontrou 9 artigos que tratam especificamente da adaptação do grupo de habilidades para tratamento do TDAH: Hesslinger et al. (2002); Philipsen et al. (2007); Hirvikoski et al. (2011); Edell et al. (2014); Fleming et al. (2015); Philipsen et al. (2015); Morgensterns et al. (2016); BihlarMuld et al. (2016); e Cole et al. (2016). A aplicação do Grupo de Habilidades foi primeiro explorada por Hesslinger et al. (2002) baseando a hipótese na experiência clínica dos pesquisadores, que relatavam melhora dos sintomas de TDAH em pacientes com transtorno borderline, quando aplicavam o protocolo de DBT com foco no tratamento do transtorno borderline. Hesslinger desenvolveu um modelo de 13 sessões (1 de contrato e mais 12 sessões) adaptado dos protocolos de DBT, adicionando intervenções voltadas ao TDAH. O estudo foi publicado com grupo único (N=8), embora inicialmente fosse previsto um grupo controle, este acabou comprometido com perdas e foi descartado da análise publicada. O estudo encontrou melhoras significativas em sintomas de TDAH ($p=0,01$), usando a ADHD-Check List (ADHD-CL), e escala de impressão clínica (SCL-16) ($p=0,02$); sintomas de depressão (BDI) ($p=0,05$); e nos testes neuropsicológicos de memória de trabalho e de controle inibitório com o Digit Span ($p=0,025$) e Stroop Task ($p=0,018$). Após estes resultados, o modelo de Hesslinger foi reproduzido em outros estudos. Dos nove estudos encontrados na revisão da literatura, somente dois não seguiam o modelo de adaptação proposto no estudo (Hesslinger et al. 2002).

Philipsen et al. (2007) publicou um ensaio clínico multicêntrico utilizando o modelo de Hesslinger et al. (2002) para um piloto de grupo único com 72 sujeitos. Os autores evidenciaram melhoras nas escalas de sintomas: ADHD-CL ($p<0,001$) e impressão clínica — SCL-16 ($p<0,001$); depressão — BDI ($p<0,001$). A partir desse estudo, Philipsen et al. (2015) realizaram um ensaio clínico multicêntrico com quatro braços, cruzando Metilfenidato vs Placebo, e psicoterapia vs manejo clínico, com 433 pacientes. Os resultados na escala principal de sintomas do TDAH (CARRS) não foram significativos, e eram piores para o grupo de terapia do que o manejo clínico usual logo após a finalização do tratamento e nos seis meses de seguimento, só se tornando melhores na avaliação de seguimento de um ano, porém também não sendo estatisticamente significativos. Apenas o Metilfenidato foi significativamente mais eficaz que o placebo. Em sintomas depressivos, nenhuma diferença entre os quatro braços foi encontrada. Nas escalas de impressão clínica — CGI, a terapia apresentou um melhor

desempenho na subescala “mudança global” no seguimento após um ano ($p=0,045$). Na subescala de efetividade, o grupo de terapia foi melhor em todos os momentos ($p=0,001$). Porém a variável de severidade do transtorno do CGI não apresentou diferença entre os grupos.

Hivirkosky et al. (2011) conduziu um ensaio clínico randomizado usando intervenção baseada em Grupo de Habilidades, adaptado de Hesslinger et al. (2002), contra um grupo de discussão clínica entre os pacientes. O estudo ($n=51$) apontou significativa redução nos escores das escalas de sintomas de TDAH apenas no grupo da terapia, mas não houve diferença significativa nos resultados entre os grupos. Também sugeriu uma boa aceitação e engajamento dos pacientes no tratamento e aumento nos escores de o uso das habilidades aprendidas.

Edel et al. (2014) fez um ensaio clínico não randomizado, comparando intervenções em grupo de DBT e Mindfulness — que é um dos elementos centrais do grupo de habilidades. O grupo de habilidades foi baseado no modelo adaptado de Hesslinger et al. (2002). Os efeitos de redução sintomatológica foram significativos nos dois grupos, mas sem diferença significativa no desempenho entre os grupos ($p=0,429$). Os autores ressaltam uma tendência de maior redução de sintomas no grupo de mindfulness, e em nos pacientes com transtorno Borderline.

Morgensterns et al. (2015) utilizou o modelo de Hesslinger et al. (2002) para o tratamento de pacientes com TDAH já dentro de um contexto psiquiátrico, em clínicas de atendimento, e não houve controle. Cerca de 70% dos 98 pacientes tinham outras comorbidades psiquiátricas atuais. Melhoras em sintomas do TDAH – BARRS ($p<0,001$), de depressão, BDI ($p=0,014$), de agressividade e irritabilidade BARRS ($p=0,05$) e da qualidade de vida ($p=0,002$) foram evidenciados.

Bihlar Muld et al. (2016), utilizaram o grupo de habilidades — também adaptado por Hesslinger — para um estudo de viabilidade do tratamento de pacientes com TDAH internados por abuso de substâncias. Esta amostra ($n=40$) tinha alta comorbidade de transtornos de personalidade, 70%, e baixo Q.I. (média = 87,9). O tratamento apresentou resultados significativos na escala ASRS, de autorrelato de sintomas de TDAH, ($p<0,001$), mas os resultados não foram significativos com a escala de avaliação dos profissionais, WURS ($p=0,157$). A autorrelato de sintomas de outras comorbidades psiquiátricas também sugeriu uma tendência de melhora, SCL-90 ($p=0,08$), porém a escala de comportamento externalizante avaliada pelos profissionais não indicou melhora significativa ($p=0,394$).

Não seguindo o modelo de Hesslinger et al. (2002), dois outros estudos também adaptaram suas versões do grupo de habilidades para DBT. Fleming et al. (2015) conduziu um estudo piloto controlado e randomizado com estudantes universitários diagnosticados com TDAH (n=33), primariamente desatentos (28 do subtipo desatento e 5 combinados). A intervenção era baseada em um grupo de habilidades em DBT de 8 semanas, contra uma intervenção em grupo baseada na psico-educação sobre as habilidades, de duração igual à intervenção. Também houve uma avaliação de seguimento após 3 meses de desfecho. Os resultados do grupo de habilidades foram melhores tanto nos desfechos de sintomatologia geral do TDAH, BADDIS (p=0,007) e BARR total (p=0,05), e qualidade de vida, AaQoL (p=0,038). Porém no desfecho principal do estudo —BARR inattention — não foi encontrada diferença significativa (p=0,056). Os tamanhos de efeito nos sintomas foram de moderados a grandes (d=0,47 até 0,97) no pós-tratamento, e no seguimento de 3 meses (d=0,71 até 0,84).

Cole et al. (2016) utilizou o programa de habilidades padrão com um ano de duração e terapia individual para tratar pacientes que não haviam respondido ao tratamento com a medicação (n=49). O grupo controle foi uma lista de espera (n=13). Apesar da melhora significativa do grupo da intervenção nos sintomas do TDAH - ASRS (p=0,0001) e nos de depressão - BDI II (p=0,0001) —, não houve diferença significativa entre os grupos, possivelmente devido ao tamanho amostral pequeno, já que houve uma piora nos escores do grupo de espera.

No geral os estudos com DBT no TDAH mostram melhora nos escores de desatenção, qualidade de vida, e depressão (Hesslinger et al. 2002; Philipsen et al. 2007; Hirvikoski et al. 2011; Edel et al. 2014; Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015; Morgensterns et al. 2016; BihlarMuld et al. 2016; e Cole et al. 2016). Porém, ao serem comparados com algum controle, esta significância não é mais vista (Hirvikoski et al. 2011; Edel et al. 2014; Philipsen et al. 2015; e Cole et al. 2016); a exceção é o artigo de Fleming et al. (2015) que curiosamente não encontrou diferença no desfecho principal, que era desatenção. Fleming usou uma amostra mais nova, composta por estudantes universitários, com menor grau de comprometimento e um grupo controle que era focado também nas habilidades, mas sem um treino ativo. Na outra ponta, utilizando amostras com pacientes mais comprometidos — internados com abuso de substância e não respondentes ao tratamento — a terapia também se mostrou promissora (Bihlar Muld et al. 2016; Cole et al. 2016). Porém não foi estabelecida uma avaliação sobre o efeito da aplicação no TDAH e nas comorbidades associadas. Logo, não se pode associar

diretamente os resultados aos efeitos no TDAH. Em ambas as amostras, havia comorbidades nas quais a DBT já é um tratamento com efetividade estabelecida.

Entretanto, vale frisar que mesmo o estudo negativo de Philipsen et al. (2015), que apresentou o melhor desenho metodológico, iniciou medicação e terapia ao mesmo tempo, não podendo adequadamente medir o efeito da terapia como adjuvante ao tratamento medicamentoso em casos em que sintomas residuais permaneciam, já que não havia necessariamente espaço para melhora dos pacientes após o tratamento com a medicação.

3. JUSTIFICATIVA

Adultos com TDAH tem maiores riscos e sofrem vários prejuízos com o transtorno durante a vida (Biederman et al. 2008; Biederman et al. 2012; Lehti et al. 2014; Dalsgaard et al. 2015; Pitts et al. 2015). Estudos, como o de Safren et al. (2010a), apontam que os prejuízos do TDAH persistem mesmo com pacientes devidamente tratados com medicação.

Com a necessidade posta, as opções de tratamento complementar incluem vários modelos de psicoterapia e apoio (Vidal-Estrada et al. 2012; Caye et al. 2018). A terapia cognitivo-comportamental está bem estabelecida como tratamento de TDAH, contudo baseada em terapia individual. Contudo, a aplicação individual é mais cara, o que a torna menos viável principalmente para aplicação em sistemas públicos de saúde. Estudos de protocolos de intervenções grupais têm sido testados com relativa eficácia para os modelos de TCC, Mindfulness e para o Grupo de Treinamento Habilidades da DBT (Kahl et al. 2012; Mitchell et al. 2015; Janssen et al. 2018), oferecendo uma grande vantagem no custo-benefício do tratamento.

Estudos de adição da psicoterapia a um tratamento farmacológico estabelecido ainda não foram feitos para DBT centrada no grupo de habilidades em amostras de adultos com TDAH. Porém, foram realizados para TCC tradicional individual, com resultados significativos (Safren et al. 2005; Emilsson et al. 2011; e Weiss et al. 2012). Apesar do estudo de Philipsen et al. (2015) conter um braço com medicação e grupo de habilidades, as duas intervenções iniciaram juntas, podendo não ter havido existência de uma margem para o efeito da psicoterapia.

Assim, os estudos com terapias de grupo para TDAH são recentes e têm sido exploratórios, precisando ser replicados e seus resultados confirmados, inclusive pela

dificuldade de normatização no campo das intervenções psicológicas (Valentine et al. 2015; Caye et al. 2018). Os estudos sobre o grupo de treinamento de habilidades têm amostras pequenas, não possuem uma população coesa quanto ao uso de medicação, e são generalistas quanto aos seus desfechos. Partindo dos resultados anteriores, a especificação da implementação do grupo como complementar ao tratamento com estimulantes nos permite ter uma noção mais exata do benefício de utilizar grupo de habilidades nesta população, e consequentemente sua viabilidade e custo-benefício.

Também nenhum estudo com o grupo de habilidades para TDAH foi publicado na América Latina, sendo oportuno reproduzir o uso do modelo adaptado de Philipsen para este contexto cultural. Com exceção de Fleming et al. (2015) que realizou o estudo na América do Norte, todos os outros estudos aconteceram na Europa.

Finalmente, o treinamento em habilidades tem tido boa aceitabilidade e engajamento dos pacientes e parece não oferecer contraindicações em suas aplicações anteriores na população com TDAH. Assim, ele pode ser considerado uma técnica bastante segura (Valentine et al. 2015; Linehan e Wilks. 2015)

4. OBJETIVOS:

4.1 GERAL:

Explorar a viabilidade do Grupo de Treinamento de Habilidades da DBT para tratamento de adultos com TDAH, em complemento à medicação.

4.2 ESPECÍFICOS:

- a) Avaliar a viabilidade prática da aplicação do grupo de habilidades para pacientes com TDAH.
- b) Adaptar o modelo de 12 sessões proposto por Philipsen et al. (2015) para as necessidades locais;
- c) Avaliar a efetividade do Grupo de Habilidades na redução de sintomas do TDAH;
- d) Avaliar a efetividade do Grupo de Habilidades na melhoria de qualidade de vida dos participantes.
- e) Avaliar a efetividade do Grupo de Habilidades na melhora do controle inibitório de pacientes com TDAH.

5. MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um ensaio clínico, randomizado e controlado, que consiste na aplicação do Grupo de Treinamento de Habilidades da DBT (DBT-ST) para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, comparando os resultados das avaliações pré e pós intervenção com um grupo que recebeu o Tratamento Psiquiátrico Convencional (TaU) neste mesmo intervalo de tempo. Os desfechos incluem escalas autoaplicadas e avaliação neuropsicológica. O modelo final de aplicação do grupo de habilidades está disponível no Apêndice A.

Foram selecionados pacientes entre 18 e 60 anos do Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODAH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que já utilizavam medicação, assim como pacientes tratados que estavam no banco de dados do PRODAH. Primeiro foi avaliado o banco de dados dos pacientes do PRODAH, que continha todas as informações referentes aos critérios de inclusão, seguindo uma ordem de seleção que partiu dos pacientes com entrada mais recente no PRODAH para os mais antigos. Uma vez atendido os critérios de inclusão, os pacientes eram convidados pessoalmente ou por telefone a participarem da pesquisa. Ao concordarem, foram agendados para uma entrevista onde foi apresentado o termo de consentimento e então foram encaminhados para a avaliação inicial.

Na entrevista de avaliação inicial se verificou os critérios de inclusão e exclusão. Os diagnósticos de exclusão foram verificados com escalas específicas, e os transtornos de personalidade foram verificados com o questionário da SCID-II. Havendo suspeita de um diagnóstico de exclusão, o paciente era submetido as entrevistas clínicas estruturadas correspondentes, da SCID-I ou SCID-II. Pacientes em episódio depressivo eram encaminhados para tratamento e eram reavaliados após este tratamento para participarem de um grupo posterior. Se após a avaliação inicial os participantes também preenchessem os critérios de inclusão, eram considerados incluídos e aguardavam a data de coleta dos dados basais. Caso necessário, os pacientes eram encaminhados para ajuste da medicação nas doses correspondentes para a pesquisa. Eram necessários pelo menos 30 dias de uso da medicação em dose estável, dentro dos parâmetros da pesquisa, para que os pacientes repetissem a avaliação inicial.

A coleta de dados basal foi feita sempre na semana anterior ao início do protocolo. Em entrevista, os pacientes responderam as escalas auto-aplicadas e realizaram os testes

neuropsicológicos. Solicitou-se a todos os pacientes que utilizassem a medicação durante a realização dos testes neuropsicológicos — e foi estabelecido o tempo padrão de ingestão da medicação como uma hora antes da aplicação para os participantes que utilizavam metilfenidato de curta ação. Para os demais ficou estabelecido que deveriam ter feito o uso diário normal da medicação. Nas aplicações seguintes, replicou-se o mesmo tempo de uso da medicação que foi relatado na coleta de dados basal.

A randomização foi feita por um software de randomização, utilizando estratégia de minimização pelos escores na ASRS, sexo, e idade, nesta ordem. Pacientes sorteados para a lista de espera tiveram a opção de participar do grupo de intervenção após o período de espera e as avaliações finais. Estes atendimentos aconteceram sem custos, na mesma instituição, porém à parte da coleta de dados da pesquisa.

A viabilidade do estudo seguiu os modelos de avaliação dos artigos anteriores, investigando a presença nas sessões e abandono da terapia, considerando um critério de maioria clara – três quartos dos participantes como critério de aceitabilidade adequada (Morgensterns et al. 2016; Hirvikoski et al. 2011; Philipsen et al. 2007). O mesmo critério de maioria clara foi aplicado à aceitação do protocolo e para as questões estruturadas. Nas questões abertas, as respostas foram primeiro agrupadas em grupos de respostas similares para depois serem analisadas pelo mesmo critério. Um questionário de avaliação da sessão foi entregue no final de cada sessão, e dois questionários finais com a avaliação de toda a terapia foram entregues após a última sessão. Todos os questionários foram respondidos de maneira anônima (Apêndice B).

O cálculo do tamanho amostral foi baseado nos dados de Fleming et al. (2015). A escolha do trabalho de Fleming teve algumas limitações, como se tratar de uma amostra restrita a estudantes universitários com TDAH e ser um modelo de intervenção levemente diferente. Contudo, os dados fornecidos pelo artigo eram os dados mais precisos que estavam disponíveis entre os estudos que possuíam um grupo controle randomizado. Os parâmetros foram baseados no desempenho dos grupos na escala BADDs (Brown Attention Déficit Disorder Rating Scale) que contempla sintomas de desatenção e hiperatividade/ impulsividade. As médias do grupo de intervenção foram pré-tratamento 80,59 (+19,24) e pós-tratamento 60,29 (+23,17). Para o grupo controle, foram pré-tratamento 77,31(+17,43) e pós-tratamento 75,56 (+18,46). O efeito pós intervenção medido entre os grupos foi de 18,54. Se assumiu o maior desvio padrão de 23,17 como desvio padrão da intervenção, e se optou por erro tipo 1 de 0,05, e erro tipo 2

de 0,8. Com estes parâmetros, precisaria-se de um total de 52 pacientes divididos em dois grupos.

O Projeto se inseriu na circulação normal de pacientes do PRODAH, utilizando pacientes que já estavam em acompanhamento no programa, e re-inseriu temporariamente pacientes que já haviam participado do programa no passado. Pacientes externos ao PRODAH passaram pela mesma avaliação do programa, porém após a avaliação para a pesquisa. Em seguida puderam optar entre serem inseridos temporariamente no programa, durante a duração do protocolo, ou manter seu acompanhamento com um psiquiatra externo ao programa. Todos os psiquiatras externos ao programa foram contatados por telefone, onde foram esclarecidos detalhes sobre a participação do paciente na pesquisa, e sobre as combinações relativas ao uso das medicações. Todos os pacientes foram controlados para a utilização de outras intervenções e alteração nas medicações entre as avaliações pré e pós intervenção.

5.2 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

5.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Adultos entre 18 e 60 anos, com diagnóstico de TDAH de acordo com os critérios da DSM-5.
- b) Pacientes em uso de medicação para TDAH estabilizados por no mínimo um mês, com sintomas residuais definidos por escores em escala ADHD-Self Report Scale ≥ 20 .
- c) Capacidade de compreensão da Língua Portuguesa oral e escrita.
- d) Q.I. maior que 85.

5.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Pacientes que tenham diagnóstico de transtorno de personalidade Borderline ou Antissocial.
- b) Pacientes com episódio depressivo atual, com ideação suicida, e/ou não estabilizados.
- c) Pacientes com episódio maníaco em curso.

d) Pacientes com transtorno do espectro autista.

e) Pacientes que tenham diagnóstico de abuso ou dependência de substância.

f) Pacientes que porventura tiveram alteração na sua medicação ou quaisquer dos critérios acima de a-e durante o protocolo. Contudo, no caso de estarem recebendo a intervenção, os participantes poderiam terminar o protocolo conforme avaliação da equipe.

g) Pacientes que não obtiveram uma presença mínima de 80% das sessões (ou 10 sessões) também serão considerados incompletos.

5.3 DESFECHOS:

Os desfechos foram avaliados antes da separação nos grupos, e foram reavaliados após a intervenção/grupo de espera. Foram escolhidas quatro escalas e dois testes neuropsicológicos computadorizados para obtenção de dados pré e pós intervenção, e no seguimento de quatro semanas após a intervenção. As escalas foram utilizadas também em uma avaliação no meio do protocolo, com seis semanas. Todos esses instrumentos foram utilizados em suas versões adaptadas para o Brasil:

1) Desfecho primário:

a) ADHD-Self Report Scale (ASRS) – Esta é uma escala de autoavaliação de sintomas de TDAH (Kessler et al. 2006). A escala já é validada no Brasil (Mattos et al. 2006). Foi escolhida por já estar em uso no funcionamento normal do PRODAH e por ser uma ferramenta bastante usada em estudos similares, oferecendo uma oportunidade de comparação com a literatura existente.

2) Desfechos secundários:

a) ADHD Quality of Life (AaQoL) – É um instrumento organizado para medir aspectos de qualidade de vida dos pacientes com TDAH (Brod et al. 2006). É uma escala de 29 questões, autoaplicável e já vem sendo utilizada no PRODAH em sua versão para o Brasil (Mattos e Coutinho. 2007).

b) Inventário de Depressão de Beck – É uma escala sobre a presença e intensidade de sintomas depressivos (Beck et al. 1996). Contém 21 itens de múltipla escolha e é autoaplicável (Gomes-oliveira et al. 2012). Com a escala, pretendeu-se analisar a presença de sintomas

depressivos, para avaliar os efeitos encontrados em Hesslinger et al. (2002), Philipsen et al. (2007) e Fleming et al. (2015).

c) Inventário de Ansiedade de Beck – É um questionário autoaplicado sobre sintomas de ansiedade (Beck et al. 1988). É composto de 21 questões que vão de 0 até 3, e foi utilizada na versão Brasileira (de Lima Osório et al. 2011). O objetivo da aplicação é mensurar os efeitos da intervenção em sintomas de ansiedade.

d) Go/No-Go – É um teste computadorizado que exhibe estímulos visuais que precisam ser respondidos pressionando o botão, ou inibindo resposta. É utilizado para medir a impulsividade, reposta inibitória, e velocidade de processamento (Wilcutt et al. 2005; Sonuga-Barke et al. 2010; Wright et al. 2014).

e) Stroop Task – É um teste computadorizado que exhibe estímulos visuais que precisam ser respondidos apertando o botão correspondente, e que apresenta estímulos contraditórios que precisam ser respondidos da maneira oposta. Utilizado para medir atenção seletiva, velocidade de processamento e impulsividade. (Hogan et al. 2005; Sonuga-Barke et al. 2010; Shang et al. 2017)

5.3.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para cada parâmetro, foram calculados médias e desvios padrões. Os dados demográficos e características clínicas foram comparados entre os grupos com um teste t de amostras independentes. A análise dos dados de variáveis dependentes foi feita utilizando Equações de Estimação Generalizadas (GEE), onde se comparou a evolução dos grupos através do tempo. Foi conduzido um teste de Bonferroni para comparação dos grupos a cada momento, utilizando-se do modelo de Wald tipo 3, um intervalo de confiança de 95%, matriz de covariância robusta, e correlações de trabalho não estruturadas (Guimarães e Hirakata. 2012). O nível de significância foi definido em 5% para todas as análises. Foi utilizado o software: *Statistical Package for Social Sciences version 22* (IBM SPSS 22) para analisar as características de amostras e os efeitos da intervenção. As amostras foram analisadas no modelo *intent to treat*.

5.4 GRUPO DE TREINAMENTO DE HABILIDADES

O grupo de treinamento de habilidades para TDAH prevê 12 sessões semanais de 120 minutos de duração, tendo de 4 a 8 participantes por grupo. A organização e funcionamento

dos grupos seguiu a adaptação do protocolo do grupo de habilidades da DBT para TDAH feito por Philipsen, mas também seguiram os preceitos originais estabelecidos no modelo da DBT standard criado por Linehan. O resumo das sessões está disponível no Apêndice A. A manutenção do grupo exige dois psicólogos com capacitação na aplicação do Grupo de Treinamento de Habilidades. Para certificação da correta aplicação do protocolo, optou-se por um supervisor com experiência na aplicação do protocolo standard do treino de habilidades e a utilização de psicólogo capacitado na função de observador não participante, além de servir de treinamento para aplicações posteriores do protocolo.

5.4.1 PLANEJAMENTO DE SESSÕES:

O planejamento de sessões foi feito com base nos materiais enviados por Philipsen, que foram os materiais usados no modelo de protocolo aplicado no estudo multicêntrico (Philipsen et al. 2015). Os materiais foram inicialmente traduzidos, e as sessões foram estruturadas em cima deste material, seguindo e adaptando os objetivos do material original (tabela 1). Para complemento do modelo se optou por utilizar os complementos da DBT formal e foram utilizados os materiais da versão brasileira do DBT *Skills Training Handouts and Worksheets*, Linehan (2014^a); que são as fichas do modelo standard da DBT. Todo o processo de escolha foi acompanhado pelos supervisores, o que resultou em uma apostila com as fichas, que foi distribuída aos pacientes – as fichas utilizadas estão disponíveis na Tabela 2. Atendendo aos feedbacks do primeiro grupo, vídeos instrutivos e com práticas guiadas de Mindfulness foram selecionados para aumentar a aderência ao protocolo e facilitar a execução das tarefas. Os vídeos eram enviados um dia antes da sessão, e logo após a sessão. A versão final do protocolo das sessões, incluindo os vídeos, está disponível no Apêndice A.

O modelo tinha 12 sessões semanais de duas horas de duração, com 5 minutos de intervalo no meio. As sessões seguiam a seguinte estrutura: Exercício de Mindfulness, revisão da habilidade anterior, intervalo, psico-educação e introdução da nova habilidade, introdução da tarefa de casa, e feedback.

5.4.2 RESUMO DAS SESSÕES:

Tabela 1: O resumo das sessões – objetivos:

<p>Sessão 1 – Apresentação, Esclarecimento, Introdução ao Mindfulness:</p> <p>O principal objetivo da sessão é engajar os participantes no modelo proposto, para isso se fará:</p> <p>1– Localizar o paciente no processo de terapia explicando o modelo, e fazendo o contrato.</p> <p>1.1– Introduzir os conceitos de TDAH e da história do transtorno, fazendo com que os pacientes possam se identificar no transtorno, no tratamento, e uns com os outros.</p> <p>2 – Introduzir os conceitos de Mindfulness de Observar, Descrever, Participar.</p>
<p>Sessão 2 – Mindfulness</p> <p>Objetivos: O principal objetivo da sessão é engajar os participantes no modelo proposto, para isso se fará:</p> <p>1 – Apresentar as habilidades do Mindfulness: como fazer, e iremos treiná-las.</p> <p>2 – Apresentar a Neurobiologia do Mindfulness como base para a sustentação do modelo da terapia.</p>
<p>Sessão 3 – Mindfulness e Mente Sábia</p> <p>1 – Ter o retorno da tarefa de Mindfulness dos participantes e estimular a prática</p> <p>1.1. Abrir espaço para lidar com as reservas, dúvidas, e questões sobre mindfulness.</p> <p>1.2. Apresentar a prática informal de mindfulness, e diferenciá-la da formal.</p> <p>2 – Apresentar o Conceito de Mente sábia.</p>
<p>Sessão 4 – Manejo de Sintomas: <i>Caos e controle</i></p> <p>1 – Treinar a escolha entre mudança e aceitação</p> <p>2- Consolidar a ideia de que efetividade depende dos objetivos e valore,</p> <p>2.1 – Retomar as metas pessoais, com ajuda da mente sábia</p> <p>2.2 – A partir das metas, treinar efetividade</p> <p>2.3 – Exercitar a aceitação do que se deixa de lado ao ser efetivo.</p>
<p>Sessão 5 – Análise Comportamental: Análise em cadeia</p> <p>1 – Ensinar análise em cadeia com o princípio: Ver, Fazer, Corrigir, Fazer, Ensinar, Fazer.</p> <p>2 – Praticar análise em cadeia o quanto for possível</p>
<p>Sessão 6 – Análise Comportamental 2: Missing Links</p> <p>1 – Consolidar o aprendizado de Análise em Cadeia</p> <p>2 – Ensinar o uso dos Missing Links</p>
<p>Sessão 7 – Regulação Emocional 1:</p> <p>1 – Fazer a psico-educação básica de reconhecimento das emoções.</p> <p>1.1 – Estabelecer a função das emoções no comportamento.</p> <p>1.2 – Introduzir o ciclo das emoções no funcionamento.</p> <p>1.3 – Introduzir e consolidar o conceito de emoções secundárias.</p> <p>2 – Fazer a psico-educação do papel das emoções no TDAH.</p>

Sessão 8 – Regulação Emocional 2: Controle de Impulso

- 1 – Ensinar a checagem dos fatos e ação oposta
 - 2 – Utilizar o modelo de regulação como modelo de controle de impulso
-

Sessão 9 – Manejo de estresse

- 1 – Fazer a psico-educação da vulnerabilidade do TDAH ao estresse
 - 2 – Ensinar o uso das técnicas de manejo de estresse, com base no Stop
 - 2.1 – Accepts
 - 2.2 – Acalme-se
 - 2.3 – Improve
 - 2.4 – Relaxamento muscular progressivo
-

Sessão 10 – Comportamento Aditivo

- 1 – Ver quais comportamentos aditivos os participantes são mais propensos a realizar e como interrompê-los. Em especial comportamentos não relacionados a substância.
 - 2 – Consolidar Análise em Cadeia e Missing Links como modos de solucionar problemas.
-

Sessão 11 – Habilidades de Relacionamento Interpessoal

- 1 – Falar do impacto do TDAH nos relacionamentos interpessoais, sejam eles profissionais, sociais, afetivos ou acadêmicos.
 - 2 – Introduzir as fichas como modelos para relações interpessoais com base na ficha de esclarecimento de prioridades interpessoais.
-

Sessão 12 – Depressão/Encerramento

Objetivos:

- 1 – Revisitar a história dos pacientes com TDAH e trabalhar sua autoestima e eficácia
 - 2 – Ter um feedback de como foram as sessões e se conseguiram atingir os objetivos que tinham para a terapia
 - 3- Psico-educar para depressão
-

As principais fichas adicionadas ao protocolo estão descritas nesta tabela:

Tabela 2 – fichas adicionadas:

	Sessão (<i>nome original</i>):	Ficha de uso em sessão adicionada:	Ficha para tarefa adicionada:
1	Introdução e Mindfulness	Mindfulness 1a Mindfulness 4	Tarefa de Mindfulness 4b Tarefa de Mindfulness 4 ^a
2	Mindfulness	Mindfulness 5 Manejo de Stress 15	Tarefa de Mindfulness 5c Tarefa de Mindfulness 5 ^a
3	Mindfulness	Mindfulness 3 Regulação Emocional 16	Tarefa de Mindfulness 1 Tarefa de Mindfulness 2 ^a
4	Manejo de Sintoma (<i>Chaos and Control</i>)	Ficha Geral 1 Regulação Emocional 12	-
5	Análise Comportamental	Ficha Geral 7 Tarefa Geral 2	Tarefa Geral 2
6	Análise Comportamental	Ficha Geral 8 Tarefa Geral 3	Tarefa Geral 3
7	Regulação Emocional	Regulação Emocional 3 Regulação Emocional 5 Tarefa de Regulação Emocional 4a	Tarefa de Regulação Emocional 4a
8	Regulação Emocional (<i>impulse control</i>)	Regulação Emocional 9 Regulação Emocional 8 Regulação Emocional 10	Tarefa de Regulação Emocional 6 Tarefa de Regulação Emocional 7
9	Manejo de Estresse	Manejo de Stress 4 Manejo de Stress 9 Manejo de Stress 6b	Tarefa de Manejo de Stress 2 Tarefa Geral 2
10	Comportamentos Aditivos	Manejo de Stress 16 ^a Manejo de Stress 11 Manejo de Stress 5	Tarefa Geral 2 Tarefa Geral 3
11	Relações interpessoais	Efetividade Interpessoal 4 Tarefa de Efetividade Interpessoal 5 Efetividade Interpessoal 5 Efetividade Interpessoal 6	Tarefa de Efetividade Interpessoal 5
12	Encerramento e Depressão	Regulação Emocional 15 Regulação Emocional 17	-

Fichas são da versão brasileira do *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*, Linehan (2014^a)

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi desenvolvida com base em parâmetros éticos, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que exige a anuência por escrito dos representantes legais dos participantes, mediante explicação completa e pormenorizada da natureza da pesquisa e dos possíveis incômodos ou benefícios que podem ocorrer em decorrência da mesma. De tal modo, todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e de seu caráter voluntário e não invasivo com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Este projeto também foi submetido ao Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS).

PRIVACIDADE DOS DADOS:

Os dados foram mantidos sem identificação após sua coleta, sendo identificados para fins de pesquisa através de códigos que mantinham apenas as informações relevantes, além dos dados do histórico médico. Quaisquer dados de identificação direta com o sujeito que tenham sido mantidos por fins de organização durante a pesquisa foram destruídos após o término da pesquisa. Informações que sejam de interesse clínico foram mantidas em seus prontuários médicos, com a devida autorização do paciente. Todos os dados dos sujeitos estão à disposição dos mesmos, mas a análise dos dados foi restrita ao modelo de análise orientado para os fins da pesquisa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO

- Associação Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5 eds.). Porto Alegre: Artmed.
- Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. (2015) Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/ hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS ONE*; 10:e0116407
- Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, Doyle AE, Seidman LJ, Faraone SV. (2008) Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *J. of clin psychiatry*: 69(8):1217-22.
- Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, Lomedico A, Hyder LL, Faraone SV. (2012). Adult outcome attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *Journal of clinical psychiatry* 73(7): 941-950
- Bihlar Muld B, Jokinen J, Bólte S, Hirvikoski T. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Atten Defic Hyperact Disord*.
- Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW, Secnik K, Greenberg PE, Leong SA, Swensen AR (2005). Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. *Curr Med Res Opin*: 21(2):195-206.
- Buitelaar J, Medori R. (2010) Treating attention-deficit/hyperactivity disorder beyond symptom control alone in children and adolescents: a review of the potential benefits of long-acting stimulants. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Apr 13;19(4):325–40.
- Canu WH, Tabor LS, Michael KD, Bazzini DG, Elmore AL. (2014) Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type. *J Marital Fam Ther*: 40(4):509-24.
- Charach A, Carson P, Fox S, Ali MU, Beckett J, Lim CG. (2013) Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*;131: e1584–604.

- Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. (2015) Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*.;385(9983):2190-6.
- De lima osório F, Crippa JA, Loureiro SR. (2011) Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *Int J Psychiatry Clin Pract*: 15(4):255-62.
- Edel MA, Höltner T, Wassink K, Juckel G. (2014). A Comparison of Mindfulness-Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD: An Open Study. *J Atten Disord*
- Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, Young S. (2011) Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*: 11:116.
- Fayyad J, De graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R. (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*: 190:402-9.
- Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dressen A. (2015) Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*: 19(3):260-71.
- Gomes-oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo neto F, Andrade LH, Wang YP. (2012) Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*: 34(4):389-94.
- Hesslinger B, Tebartz van elst L, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, Ebert D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults--a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*: 252(4):177-84.
- Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, Rück J, Wiwe C, Bothén P, Nordström AL. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*: 49(3):175-85.

- Kahl KG, Winter L, Schweiger U. (2012) The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Curr Opin Psychiatry*; 25(6):522-8.
- Knouse LE, Teller J, Brooks MA. (2017) Meta-analysis of cognitive behavioral treatments for adult ADHD. *J Consult Clin Psychol*;85:737–50.
- Linehan MM. (2014a) *DBT Skills Training Manual*. Nova York: Guilford Publications.
- Linehan MM. (2014b) *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*. Nova York: Guilford Publications.
- Linehan MM, Wilks CR. (2015) The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother*: 69(2):97-110.
- Lipszyc J, Schachar R. (2010) Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. *J Int Neuropsychol Soc.*;16(6):1064-76.
- Maia CR, Stella SF, Mattos P, Polanczyk GV, Polanczyk CA, Rohde LA. (2015) The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. *Rev Bras Psiquiatr*:37(1):67-70.
- Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. (2006) Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of Clinical Psychiatry*: 33(4):188.
- Mattos P, Coutinho G. (2007) Quality of life and ADHD. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 56:50.
- Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. (2015) Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. *Cogn Behav Pract*;22(2):172-191.
- Modesto-Lowe V, Farahmand P, Chaplin M, Sarro L. (2015) Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder?. *World J Psychiatry*. ;5(4):397-403
- Moriyama TS, Polanczyk GV, Terzi FS, Faria KM, Rohde LA. (2013) Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD—a systematic review of available meta-analyses. *CNS Spectr.*;18:296–306

- Pasieczny N, Connor J. (2011) The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther*: 49(1):4-10.
- Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M, Münzebrock M, Scheel C, Jacob C, Perlov E, Tebartz van Elst L, Hesslinger B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *J Nerv Ment Dis*: 195(12):1013-9.
- Pitts M, Mangle L, Asherson P. (2015) Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Arch Psychiatr Nurs*: 29(1):56-63.
- Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. (2005) Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*: 43(7):831-42.
- Safren SA, Sprich SE, Cooper-vince C, Knouse LE, Lerner JÁ. (2010a). Life impairments in adults with medication-treated ADHD. *J Atten Disord*: 13(5):524-31.
- Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, et al.(2010b) Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA*;304:875–80.
- Shang CY, Sheng C, Yang LK, Chou TL, Gau SS. (2017) Differential brain activations in adult attention-deficit/ hyperactivity disorder subtypes: a counting Stroop functional MRI study. *Brain Imaging Behav*. <https://doi.org/10.1007/s11682-017-9749-0>
- Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 194(3):204-11. Attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*: 194(3):204-11.
- Sonuga-barke E, Bitsakou P, Thompson M. (2010) Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):345-55.

- Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. (2013) Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*;170:275–89.
- Sonuga-Barke E, Brandeis D, Holtmann M, Cortese S. (2014) Computer-based Cognitive Training for ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am Oct*;23(4):807–24.
- Swanson JM, Volkow ND (2009). Psychopharmacology: concepts and opinions about the use of stimulant medications. *J Child Psychol Psychiatry Jan*;50(1–2):180–93.
- Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. (2015) The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *J Clin Psychol*: 71(1):1-20.
- Vidal R, Castells J, Richarte V, et al. (2015). Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ;54(4):275-82.
- Vidal-estrada R, Bosch-munso R, Nogueira-morais M, Casas-brugue M, Ramos-quirola JA. (2012) Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*: 40(3):147-54.
- Weiss M, Murray C, Wasdell M, Greenfield B, Giles L, Hechtman L. (2012) A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*: 12:30.
- Wigal SB. (2009) Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*: 23 Suppl 1:21-31.
- Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*: 57(11):1336-46.
- Wright L, Lipszyc J, Dupuis A, Thayapararajah S, Schachar R. (2014). Response Inhibition and Psychopathology: A Meta-Analysis of Go/No-Go Task Performance. *Journal of Abnormal Psychology* 123: 429-439

Young Z, Moghaddam N, Tickle A. (2016) The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Atten Disord*; epub.

8. ARTIGO

O artigo apresentado foi publicado em versão resumida, como brief report, no *Journal of Clinical Psychology*. DOI: 10.1002/jclp.23049

Feasibility Trial of the Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group as Add-on Treatment for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Authors: Guilherme R. Moritz^I; Leandro Timm Pizutti^{II}; Ana Carolina Maciel Cancian^{II}; Mariana Sanseverino Dillenburg^{III}; Lucas André Schuster de Souza^{III}; Laura Baptista Lewgoy^{III}; Patrícia Basso^{IV}; Michel Milton Panizzi Andreola^{IV}; Claiton Henrique Dotto Bau^{IV}; Marcelo Moraes Victor^{IV}; Stefania Pigatto Teche^{IV}; Eugênio Horácio Grevet^{IV V}; Alexandra Philipsen^{VI}; Luis Augusto Paim Rohde^{IV V}

^I Postgraduate Program in Psychiatry & Behavioral Sciences at the Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil (UFRGS).

^{II} Inovações e Intervenções em Qualidade de Vida (IQoL) Research Group, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

^{III} CEFI – Centro de Estudos da Família e Indivíduo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV} ADHD Outpatient Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

^V Professor of Child and Adolescent Psychiatry at Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

^{VI} Professor of Psychiatry and Psychotherapy, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bonn, Germany,

Abstract:

Background: Despite guidelines suggesting multi-modal treatment for adult ADHD, few studies have assessed group add-on interventions for the disorder. Dialectical Behavior Therapy (DBT) Skills Training Group (DBT-ST) has been proposed as a feasible approach.

Objective: Our aim was to explore the feasibility, acceptability, and efficacy of a DBT-ST as an add-on treatment for adult ADHD in a Latin American culture. **Method:** Adults with ADHD (n=31) using medication treatment for ADHD and with residual symptoms (ASRS >20) were randomly assigned to DBT-ST (n=16) or Treatment as Usual (TaU) (n=15) for 12 weeks. Feasibility was assessed by attendance and adherence rates. Our primary outcome was the Adult Self-Report Scale (ASRS). Several secondary outcomes were assessed, including neuropsychological tests. Assessments were performed at 0, 6, 12, and 16 weeks. **Results:** The attendance rate for DBT-ST sessions was 87.25%, the dropout rate was 12.50%. We did not detect significant interactions between group and time for any outcome, except for the mean reaction time in the Go/No-Go task, a measure of response inhibition, where the DBT-ST group showed a significant increase over time ($p=0.034$). **Discussion:** The DBT-ST was feasible for adult patients with ADHD in a Latin American culture. We were able to reproduce the findings from previous non add-on investigations that showed no significant improvement in ADHD symptoms. Registered at the Clinical Trials database (NCT03326427)

Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Treatment, Dialectical Behavior Therapy, Randomized Clinical Trial.

Conflicts of interest: The author(s) declare the following potential conflict of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article: Dr. Rohde has received Honoraria, has been on the speakers' bureau/advisory board and/or has acted as a consultant for Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Medice, Novartis and Shire in the last three years. He receives authorship royalties from Oxford Press and ArtMed. The ADHD and Juvenile Bipolar Disorder

Outpatient Programs chaired by him received unrestricted educational and research support from the following pharmaceutical companies in the last three years: Eli-Lilly, Janssen-Cilag, Novartis, and Shire. He also received travel grants from Novartis and Shire to attend the 2017 WFADHD and 2018 APA meetings. Dr. Grevet was on the speaker's bureau for Novartis and Shire for the last 3 years. Dr. Philipsen has received Honoraria, has been on advisory boards for Medice, and Shire in the last three years. She receives authorship royalties from Oxford Press, Schattauer, Kohlhammer, Springer, Thieme, and Elsevier. All other authors report no financial interests or potential conflicts of interest.

Funding Source: The FIPE-HCPA (CAAE 65041316400005327) sponsored the study. Also, partial funding from ProDAH supported the study. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) provided a Master's Degree financial research support (scholarship) for the main author.

Introduction

Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) has a prevalence of 2.95% in adults (Simon et al. 2012). The disorder is associated with several functional impairments, affecting academic and professional performance, and quality of life (Biederman et al., 2008; Biederman et al. 2012; Pitts et al. 2015). ADHD is even associated with a higher prevalence of accidental deaths (Dalsgaard et al. 2015). Stimulants are the first-line treatment for ADHD (Wigal. 2009; Caye et al. 2018), and the treatment cost-benefit for ADHD has been shown in the context of Brazilian public mental health (Maia et al. 2015). However, functional impairments usually persist after medication treatment (Wigal. 2009; Safren et al. 2010; Biederman et al. 2012; Vidal-Estrada et al. 2012). Despite guidelines suggesting multi-modal treatment for adult ADHD, few studies have assessed group add-on interventions for the disorder (Safren et al. 2005; Emillson et al. 2011; Weiss et al. 2012; Vida-Estrada et al. 2012).

Dialectical Behavior Therapy (DBT) was designed in the 1980s to treat chronically suicidal individuals. Since then, DBT has shown solid empiric support as treatment for Borderline Personality Disorder (Linehan and Wilks. 2015; Kahl et al. 2012). The standard form of DBT includes individual psychotherapy sessions, psychiatric care, phone coaching, consultation team for providers and at least one year of DBT Skills Training (DBT-ST) group for clients (Linehan. 2014). Standard DBT research has grown and the intervention has been effectively adapted for other conditions (Linehan and Wilks. 2015). In addition, the DBT-ST group alone has been effectively studied as a treatment for eating disorders, post-traumatic stress disorder, and mood disorders (Valentine et al. 2015). For ADHD, the first DBT trial was a 12-week adaptation of the DBT-ST group as a stand-alone treatment, showing significant symptom reduction (Hesslinger et al. 2002). However, this pilot trial had no control group. Other studies replicated findings of significant symptom reduction using the DBT-ST group

(Philipsen et al. 2007; Hirvikoski; et al. 2011, Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015; Morgensterns et al. 2016; Bihlar Muld et al. 2016; Cole et al. 2016; Edel et al. 2017). Nevertheless, when the DBT-ST was tested under a more rigorous randomized clinical trial paradigm, the symptom reduction was not significantly higher than the one in the control group (Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015; Edel et al. 2017). Although Hirvikoski et al. (2011) and Fleming et al. (2015) have found significant symptom reduction in overall ADHD symptoms, Hirvikoski et al. (2011) was a feasibility trial and Fleming et al. (2015) primary outcome was only inattention symptoms, for which no significant effect was found. Moreover, Fleming's protocol was different from the majority of other studies, as they used a DBT-ST 9-session group format, and a comparison with an educative intervention about the skills.

Eight out of nine previous studies used the DBT-ST group as stand-alone psychotherapy intervention and seven out of nine used the 12-week model (Hesslinger et al. 2002; Philipsen et al. 2007; Hirvikoski; et al. 2011, Fleming et al. 2015; Morgensterns et al. 2016; Bihlar Muld et al. 2016; Cole et al. 2016; Edel et al. 2017). Philipsen et al. (2015) used the same 12-week model with addition of 10 sessions over one year, on a monthly basis, for consolidation of the skills. Another important aspect to highlight is that the research on DBT-ST group in ADHD was conducted in Europe and North America, leaving room to investigating its feasibility outside this cultural context.

None of the studies to date has used the DBT-ST group as an add-on treatment for ADHD. Philipsen et al. (2015) used an intervention branch with DBT-ST group in addition to methylphenidate, but the two interventions started simultaneously, potentially leaving no room for improvement for the skills training group. For individual Cognitive Behavior Therapy, the add-on treatment approach to ADHD has shown some significant results in symptom reduction (Safren et al. 2005; Emilsson et al. 2011; e Weiss et al. 2012). Considering the current literature, we aim to evaluate the feasibility of the DBT group psychotherapy as adapted by Philipsen et

al. (2015) in the Brazilian cultural context and to initially evaluate its efficacy as an add-on treatment for adults ADHD.

Methods

Ethical Approval

The Ethics and Research Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – (CAAE 65041316400005327) approved the study and it was registered in the Clinical Trials database (NCT03326427). Participants signed a written informed consent before the initial assessment. No monetary compensation was offered to the subjects for participation in the study

Sample

The subjects enrolled in this study were from the database of the ADHD Outpatient Program – Adult Division at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), the teaching hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil. The participants were invited by different approaches: e-mail, phone call, letters and during clinical appointments by their psychiatrists. Participants referred from outside the program were accepted only if they fulfilled the inclusion criteria – except for medication dosage —, and all of them were evaluated with the program's standard diagnostic protocol including the use of structured clinical interviews (SCID-I/ SCID-II)

Inclusion Criteria were: (a) adults aged between 18 and 60 years; (b) DSM-5 criteria for ADHD; (c) Use of the following ADHD drug treatments for at least 4 weeks [minimum daily doses]: Methylphenidate [$\geq 0,5\text{mg/kg/day}$], Lisdexamfetamine [$\geq 30\text{mg/day}$], Bupropion [$\geq 150\text{mg/day}$], Imipramine [$\geq 1\text{mg/kg/day}$]; (d) Able to read and speak Portuguese; (e) IQ >85. Exclusion criteria were: (a) Diagnosis of Borderline or Antisocial personality disorders, or Autism spectrum disorders. (b) Current diagnosis of drug dependence or recent episodes of

drug abuse — last 6 months. (c) Current episode of major depression not stabilized or presence of suicidal thoughts. (d) Current episodes of mania or hypomania.

Participants with insufficient ADHD medication dosages, or at current episodes of depression received medication adjustments before being enrolled in the protocol. Participants that changed their medications use or their psychiatric conditions after beginning the protocol had their data censored if they met the exclusion criteria but were included in the intention to treat analysis. These participants kept the right to attend all the sessions in the protocol at their discretion. Participants were considered non-completers if attending less than 80% of the sessions (10 out of 12).

Our Sample size was established using the data from Fleming et al. (2015) relying on data from the BADDIS (the Brown Attention Deficit Disorder Rating Scale) for total ADHD symptoms. We accepted 5% for type 1 error and 20% for type 2 error. We assessed 149 participants for eligibility, 54 were interviewed for the protocol (Figure 1), from which 36 patients started the protocol.

Randomization

In order to produce more equivalent groups, a minimization method was performed to allocate the subjects through the QMinim service (<http://qminim.sourceforge.net/demo/>). The software minimizes imbalances in each treatment arm over a number of factors. The randomization process was made in clusters of subjects that had a given schedule availability, paired by their ASRS scores and gender – in this particular order. According to the Cochrane guidelines (Turner et al. 2012), a technician not involved with the clinical trial and blinded to any information from the participants carried on the randomization process.

Interventions

Our design was a Randomized Clinical Trial, with two parallel arms: DBT-ST and TaU. The DBT-ST group protocol used in the present study was a translation and adaptation of the DBT group psychotherapy adapted by Philipsen et al. (2015). The protocol has 12 weekly sessions of 120 minutes, including a 20 minutes break halfway.

The sessions had the following structure: mindfulness practice, skills homework revision, interval, psycho-education and new skills introduction, instruction of home task and feedbacks. The protocol follows Philipsen's model — supplementary table 1 — with the addition of worksheets of the standard DBT model from the Brazilian version of the “*DBT Skills Training Handouts and Worksheets*” (Linehan, 2014). Two therapists and one trained observer conducted the sessions. An experienced DBT therapist supervised all sessions, and a checklist was used to ensure the application reliability. The DBT-ST groups ranged from 4 to 8 participants per group.

The Treatment as Usual (TaU) group attended three interviews with a psychologist, one in each month. Sessions included only a psychoeducational content. A structured interview was used to ensure adherence to ADHD medication. Both groups had monthly appointments with psychiatrists from our outpatient program or their private clinician.

Outcomes

Self-reported scales were accessed at baseline, mid-treatment on week 6, post-treatment on week 12, and at follow-up on week 16. The neuropsychological tasks were accessed at baseline, 12 and 16 weeks only. Our primary outcome was ADHD symptomatology, through the ADHD Self Rated Scale - 18 questions (ASRS) (Kessler et al. 2006).

Our secondary outcomes were: Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL) (Brod et al. 2006) a self-rated 29 questions questionnaire with questions ranging from 1 to 5; Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al. 1996) a self-rated inventory with 21 clusters of

4 affirmations ranging from 0 to 3; and Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al. 1988) a 21 questions self-rated measurement of anxiety symptoms, ranging from 0 to 3. We used the Brazilian Portuguese validated versions of all these scales (Mattos et al., 2006; Mattos and Coutinho, 2007; Gomes-Oliveira et al. 2012; de Lima Osório et al., 2011).

To measure inattention and inhibitory control more objectively, we used the following neuropsychological tests: Go/No-Go and a Modified Stroop Task (Sonuga-Barkle et al. 2010; Wilcutt et al. 2005; Hogan et al. 2005). In the Go/No-Go task, the subject must press the correct side of the arrow (left or right) and avoid pressing when the arrow pointed to both sides (no go trials). The task had 100 trials, and 25% were no-go. In the Stroop Task, the aim is to press the same side button on green arrows (left or right), and the opposite side when arrows are red — incongruent trials. There were 100 trials with 25% incongruent trials. At the time of the tasks, all subjects were under the effect of their stable-dose ADHD medications. The administration was standardized at one hour before the tasks for those using short-action methylphenidate.

Two criteria were used to define good feasibility: percentage of subjects finishing the protocol (established as more than $\frac{3}{4}$), and session's attendance (80% of the sessions = 10 out of 12 sessions). The same criteria were used in previous studies (Morgensterns et al. 2016; Hirvikoski et al. 2011; Philipsen et al. 2007). Acceptability was assessed by assertive sentences and open questions about the treatment. In assertive sentences, the subjects should provide their agreement to a given sentence. The answers to open questions were grouped by category of similarity before the analysis (see table 1). Three anonymous questionnaires composed the DBT-ST feasibility and acceptability analysis: one applied at the end of each session to evaluate that specific session, and two applied at the end of the last session evaluating the therapy as a whole.

All the protocol procedures, including the sessions and data collection, happened between March and December 2018 at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), the teaching hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

Data Analysis

For each parameter, mean (M) and standard deviation (SD) were computed. Demographic and clinical characteristics were compared between groups by means of t-tests for independent variables. The data analysis of the dependent variables was completed using generalized estimating equations (GEE), comparing the evolution of the groups toward time. We performed a Bonferroni test with pairwise comparison using a 95% confidence interval type III model, with a robust matrix of covariance and unstructured work correlation (Guimarães and Hirakata, 2012). The data analysis presented here is an intent to treat analysis. The level of significance was set at p-value < 0.05 for all analysis. The Statistical Package for Social Sciences version 22 (IBM SPSS 22) was used for analyzing the sample characteristics and overall treatment effects.

Results

Subjects: A total of 31 participants were randomly assigned to the Skills Training Group (n=16) or Treatment as Usual group (n=15). No significant differences between the groups were found on any demographic value. The DBT-ST was composed by predominantly males (56.2%), with an average age of 41.25 years old and with a mean IQ of 110.6 (SD=10.43). The sample description is available in table 1.

Feasibility analysis: The subjects attended a mean of 10.73 sessions of 12 sessions (87.25%), the mean home tasks completion rate were 7.01 of 11 (63.64%) home tasks. The protocol completion rate was 81.25%, with 13 out of 16 randomized subjects attending 10 or more sessions, also we had 1 incompleteness — less than 10 sessions, and 2 quitted, giving a

12.50% dropouts rate. Acceptability: all participants anonymously reported subjective improvement, agreed that the therapy was ADHD oriented, and would likely do it again. An expressive number of participants (83.33%) agreed that they can control better their ADHD symptoms (Table 2).

Outcomes: No significant between-group over time was found for primary outcomes and for the great majority of secondary outcomes (see Tables 3 and 4). In the neuropsychology tasks, the only significant group over time interaction was a slower mean response time for the DBT-ST group from the baseline to the endpoint in the Go/No-Go task ($p=0.034$) (see Table 4). Although there is a significant group over time interaction in BAI ($p=0.01$), this regards to a change in the measurement at middle treatment alone. This interaction does not reflect any change in the outcomes at post-intervention and follow-up when compared to the baseline.

Discussion

First of all, our study showed that DBT-ST for ADHD is a feasible intervention for ADHD in a Latin American culture, reproducing the current literature (Philipsen et al. 2007; Hirvikoski et al. 2011; Morgensterns et al. 2016). Our study was also able to extend previous findings about DBT-ST for ADHD suggesting that the intervention has no greater effect in core symptoms of ADHD than TaU, even when it was implemented as add-on intervention for those patients with residual symptoms after psychopharmacological treatment (Fleming et al 2015; Philipsen et al. 2015; Cole et al. 2016). The only significative effect found was in the mean reaction time in go/no-go, suggesting a potential improvement in inhibitory control.

The feasibility analysis was based on the criteria of good feasibility of previous articles: $\frac{3}{4}$ of the subjects completing the protocol, and a session attendance of 80%. The protocol completion rate was 81.25%, 13 out of 16 participants completed the protocol. The average

rate of sessions completed were 87.25%, or 10.73 of 12 sessions. In addition to that, just two participants dropped-out of the protocol. These data reproduce, in this specific sample, previous articles findings that shown the feasibility of the protocol. The trial was the first with the specific sample of adults with ADHD, using medication treatment for ADHD, and with residual symptoms.

Acceptability was assessed by assertive sentences and open questions about the treatment in an anonymously questionnaires. The answer were unanimous on “agreed that the therapy was ADHD oriented”, and “would likely do it again”, and all patients reported subjective improvement with the therapy in an open the question about their overall condition. These data suggest the acceptability of the DBT-ST protocol, in accordance with the previous articles.

We found no significant difference between groups in symptoms reduction, reproducing previous findings. Mindfulness-based group therapies have shown significant effects for ADHD symptoms when compared to controls (Janssen et al. 2019; Mitchell et. all 2015). Interestingly, mindfulness is a core component of DBT-ST. It is possible to speculate that the dose of mindfulness inside the DBT-ST protocol might be too small to offer benefits. One trial comparing both interventions showed no significant differences but had a trend of major improvements in ADHD symptoms in favor of mindfulness-based therapies (Edel et al. 2014). Also, it is important to acknowledge that mindfulness therapy did not produce significant symptom reduction compared with psychoeducation group in subjects with ADHD not using medication (Hoxhaj et al. 2018).

Regarding the neuropsychological tasks, the DBT-ST group had a significantly slower mean reaction time when compared to the TaU group over time. These findings might suggest

an establishment of a more conservative pattern of response in the DBT-ST group. It is important to highlight that this finding emerged even in the context of a potential floor effect in the inhibitory control tasks (i.e., lack of room for improvement), since neuropsychological scores were not used as a selection criterion (e.g., both groups might have included individuals with already slow reaction time at baseline). In comparison with the literature, few studies implemented neuropsychological measurements as part of their protocols (Hesslinger et al. 2002; Fleming et al. 2015), and when they did, the focus was not on inhibitory control, and the results did not indicate such trend. Also, impulsivity scales did not show a consistent improvement in the studies of DBT-ST for ADHD. Since DBT-ST has shown effectiveness to improve impulsive behavior in other disorders (Valentine et al. 2015; Jamilian et al. 2014), future protocols should assess if this improvement in inhibitory control scores can be effectively translated into an ecological improvement of participants in terms of impulsivity. This is a very relevant area of research since ADHD is associated with several negative outcomes related to impulsivity, from car accidents to adolescent pregnancy and STDs (Dalsgaard et al. 2015; Biederman et al. 2012; Lehti et al. 2012).

The same hypothesis can be applied to the emotional deregulation/emotional liability component of ADHD. DBT-ST has been effective in improving emotional regulation in Borderline Personality Disorder, among other disorders (Linehan and Wilks. 2015; Valentine et al. 2015; Neacsiu et al. 2014). Emotional liability has also been shown as an important trace of adult ADHD (Shaw et al. 2014; Surman et al. 2013). Although no improvement in emotional liability was found in some protocols (Philipson et al. 2015). Cole et al. (2016) found a positive effect mediated by higher depression symptoms in the baseline ($b=0.81$; $p<0.0001$).

Although previous investigation has shown significant improvements for DBT-ST compared to controls in secondary outcome measures addressing more general health status like the Global Clinical Impression (Philipson et al. 2015), and the ADHD Quality of Life

Questionnaire (Fleming et al. 2016), our data did not replicate these results. This could be due to the limitations of our study discussed below.

Limitations

Our study has limitations. The adaptation of the DBT-ST protocol happened without a group pilot trial for logistic reasons. Thus, some few changes were implemented in the protocol during the application of the intervention in the first DBT-ST group – such as the changes of the DBT-ST worksheets, mindfulness practices and metaphors. Therefore, the programs of the second and third group who received therapy had minor improvements and were better structured when compared to the first. The only losses during the protocol happened in the first group — one subject quit and one subject had a medication violation. In our sample, enrolled participants were primarily from our outpatient program. Interestingly, a sub-sample of 21 of these participants (67.74%) needed medication adjustment and 6 (19.35%) were in a current depressive episode. This might create a selection bias, since participants needing care might be the ones more likely to volunteer. Our sample ended up being smaller than initially planned (n=52). Thus, some analyses might be underpowered. Also, we relied only on self-rated measures as primary outcome measures, biasing our sample to a self-perception evaluation. In addition, baseline neuropsychological findings were not used to inform randomization, opening the possibility of floor effect (lack of room of improvement) for these measures. Finally, we did not correct our neuropsychological positive findings for multiple comparisons since these were exploratory data.

Strengths: our findings suggest improvement in inhibition came from a variable with very little room for improvement, and it showed a reduction in the standard error. This speaks against the regression to the mean hypothesis. The participants were medicated during our neuropsychology tasks, so we can reproduce their performance as reliably as possible. Our trial

uses the most conservative approach in defining exclusion criteria and dealing with both missing data and medication changes.

Conclusion

The DBT skills training group is feasible to be applied in a culture from a Low-Middle Income Country and as add-on treatment for adults with ADHD, reproducing the current literature. Nevertheless, due to the lack of significant symptom improvements and high cost of implementation of DBT-ST, we must consider first the indication of less expensive treatments for ADHD such as Mindfulness Based Therapy, and Cognitive Behavior Therapy.

In research, the target for DBT-ST effectiveness might need to be redirected from core ADHD symptoms to ADHD sub-components like emotional liability and inhibitory control. The effect of DBT core modules in the treatment of emotional deregulation and impulsivity in many disorders has been shown. Interestingly these effects do not appear to happen in ADHD, but evidence is not conclusive.

Currently, there is no evidence to support DBT skills training group as add-on treatment for ADHD in adults.

Table 1 Sample description

		DBT-ST TaU		P
		N=16	N=15	value
Gender	Males (%)	7 (56.25%)	7 (53.33%)	0.876
Age [SD]		41.25 [9.63]	38.33 [9.10]	0.394
Q.I. [SD]		110.6 [10.43]	105.5 [13.09]	0.338
Background (%)				0.509
	Volunteers	3 (18.75%)	2 (13.33%)	
	Currently on Prodah	3(18.75%)	1(6,67%)	
	Prodah ex-patients	10 (62.50%)	12 (80.00%)	
Medications (%)				0.348
	Methylphenidate SA ¹	9 (56.25%)	5 (33.33%)	
	Methylphenidate LA	0 (0.00)	3 (20.00%)	
	Lisdexanfetamine	4 (25.00%)	3 (20.00%)	
	Bupropion ¹	3 (18.75%)	3 (20.00%)	
	Imipramine	1 (6.25%)	1 (6.67%)	
Education (%)				0.809
	High school or less	6 (37.50%)	6 (40.00%)	
	Graduation degree or technician	5 (31.25%)	5 (33.33%)	
	Post-graduated or above	5 (31.25%)	4 (26.66%)	
Family Income (%) – in regional minimum wages/month				0.904
	2 MW or less	2 (12,50%)	3 (20.00%)	
	3 to 5 MW	5 (31,25%)	3 (20.00%)	
	5 to 10 MW	3 (18.75%)	4 (26.66%)	
	10 MW or more	6 (37.50%)	5 (33.33%)	

SD = Standard Deviation. SA= Short Action LA=Long Action MW= Minimum Wage per month. P = Pearson Significance. ¹= One subject were using both short action methylphenidate and bupropion.

Table 2: Feasibility analysis:

Overall Attendance:		Subjects rates of their overall condition:			
Sessions Attendance	87.25% (10.73 out of 12 sessions)	Very Bad	Pre 25.00%	Post 0	
Task Completion	63.64% (7.01 out of 11 tasks)	Bad	58.33%	0	
Quitted	2* out of 16	Neutral	16.66%	4.16%	
		Good	0	37.50%	
	*one never started the therapy	Very Good	0	58.33%	
		Report Improvement:		100%	
		Does not report Improvement:		0	
Agreement with therapy statements:					
	Strongly Agree	Agree	Neither Agree or Disagree	Disagree	Strongly Disagree
It was ADHD oriented	58.33%	42.67%	0	0	0
Feel Better Informed	91.66%	8.33%	0	0	0
Would do it again	91.66%	8.33%	0	0	0
Can control ADHD symptoms better	50.00%	33.33%	16.67%	0	0
It matched up my needs	83.33%	16.67%	0	0	0
Most efficient topic (one choice only):					
	Mindfulness	41.67%			
	Behavior Analysis	33.33%			
	Emotional Regulation	16.67%			
	Symptom Management	8.33%			
Asked Freely about ways to improve the therapy:					
	More Time to develop skills:	75.00%			
	(More time in session)	(25.00%)			
	(More sessions to develop skills)	(50.00%)			
	Must improve themselves:	16.67%			
	Wanted to do the therapy without medication:	8.33%			

Table 3 Scales

	Group	Baseline 0 Weeks		Mid Treatment 6 weeks		Post Intervention 12 weeks		Follow Up 16 weeks			Inside Group Effect P Value	GEE Significance:			
		Mean	SD	Vs. TaU		Vs. TaU		Vs. TaU		Vs. TaU		time:	group	group*time	
				P ¹	Mean	SD	P ¹	Mean	SD	P ¹					Mean
ASRS	DBT-ST	35.63	8.981	35.29	8.128	30.77	8.228	28.85	9.353	0.610	0.006 **	0.694	0.594		
	TaU	36.20	9.260	32.77	10.488	30.79	7.934	30.39	8.818	0.380					
ASRS Inattention	DBT-ST	20.38	5.277	20.43	4.274	17.39	4.788	17.23	4.693	0.051	0.065	0.966	0.369		
	TaU	20.67	6.172	19.50	7.240	18.93	5.811	18.31	6.550	0.344					
ASRS Hyperactivity	DBT-ST	15.25	6.148	14.86	5.921	13.39	6.789	11.62	7.869	0.245	0.005 **	0.603	0.117		
	TaU	15.53	5.290	13.50	5.244	11.86	4.849	12.08	5.809	p<0.001 ***					
AaQoL	DBT-ST	79.31	20.274	78.15	18.170	67.23	14.906	71.23	19.783	0.215	0.016 *	0.952	0.337		
	TaU	81.73	15.323	74.68	17.274	70.98	20.237	70.27	17.982	0.002 **					
BDI	DBT-ST	10.56	7.806	9.00	6.729	8.77	7.002	6.15	5.580	0.018 *	0.016 *	0.570	0.282		
	TaU	12.80	10.469	9.64	8.854	10.15	9.424	10.55	9.571	0.269					
BAI	DBT-ST	5.75	4.987	7.71	5.757	5.77	5.294	5.77	5.262	0.060	0.923	0.470	0.007 **		
	TaU	8.13	4.714	5.71	6.688	8.57	6.034	9.08	5.722	0.007 **					

ASRS = ADHD Self Rate Scale. AaQoL= Adult ADHD Quality of Life Questionnaire. BDI = Beck Depression Inventory. BAI = Beck Anxiety Inventory. SD = Standard Deviation GEE= Generalizing Estimating Equations. * = p ≤0,05 ** = p ≤0,01 *** = p ≤0,001 (Footnote: ¹ = p>value only provided when significant)

Table 4: Go/No-Go and Modified Stroop Task

	Group	Baseline 0 Weeks			Post Intervention 12 weeks			Follow Up 16 weeks			Inside Group Effect	GEE Significance:		
		Mean	SD	Vs. TaU P ¹	Mean	SD	Vs. TaU P ¹	Mean	SD	Vs. TaU P ¹		time:	group:	Group*time:
(GnG) Commission	DBT-ST	0.750	1.126		0.077	0.277	0.011 *	0.308	0.630		0.042 *	0.008 **	0.001 **	0.112
	TaU	1.400	1.765		1.429	2.065		0.769	1.166		0.438			
(GnG) Omission	DBT-ST	0.563	1.263		0.538	0.519		0.231	0.439		0.165	0.005 **	0.555	0.614
	TaU	1.200	2.678		0.714	1.139		0.154	0.376		0.031 *			
(GnG) Interference	DBT-ST	0.563	0.814		0.462	0.660		0.154	0.376		0.042 *	0.091	0.055	0.746
	TaU	1.133	2.356		1.000	1.710		0.538	1.198		0.566			
(GnG) Accuracy	DBT-ST	0.981	0.024		0.989	0.006		0.993	0.009		0.012 *	0.033 *	0.041 *	0.479
	TaU	0.963	0.064		0.969	0.046		0.972	0.047		0.146			
(GnG) Reaction Time	DBT-ST	458.9	66.9		473.6	58.9	0.028 *	461.1	53.7		0.209	0.711	0.136	0.034 *
	TaU	436.4	98.5		400.0	65.3		416.4	66.0		0.146			
(GnG) Reaction Time Variancy	DBT-ST	8418.3	4868.1		7285.8	2983.1		8915.7	7332.0		0.192	<0.001 ***	0.785	0.138
	TaU	12133.4	11930.5		6465.8	4120.0		6630.2	5237.3		0.046 *			
(MSt) Interference	DBT-ST	3.750	2.176		3.231	3.609		2.000	2.121		0.021 *	0.107	0.198	0.196
	TaU	4.643	5.286		4.857	6.515		2.923	1.935		0.577			
(MSt) Omission	DBT-ST	0.938	1.526		0.462	0.660		0.462	1.391		0.011 *	<0.001 ***	0.576	0.533
	TaU	1.857	5.051		0.571	1.089		0.154	0.376		0.041 *			
(MSt) Incongruent Error	DBT-ST	1.875	1.455		1.500	1.557		0.643	1.082	0.024 *	p<0.001 ***	0.075	0.258	0.205
	TaU	1.929	3.025		1.929	2.895		1.538	1.450		0.909			
(MSt) Accuracy	DBT-ST	0.954	0.030		0.964	0.040		0.975	0.031		0.013 *	0.058	0.222	0.690
	TaU	0.935	0.078		0.946	0.075		0.968	0.022		0.250			
(MSt) Reaction Time	DBT-ST	575.6	77.9		591.8	78.4		572.8	84.1		0.156	0.012 *	0.173	0.076
	TaU	563.7	103.7		512.9	83.2		513.8	71.8		0.001 **			
(MSt) Reaction Time Variancy	DBT-ST	26871.9	14940.3		25632.2	13296.7		21378.2	16526.4		0.058	0.076	0.198	0.753
	TaU	22596.3	11598.6		17876.4	8747.0		16508.3	8914.6		0.373			

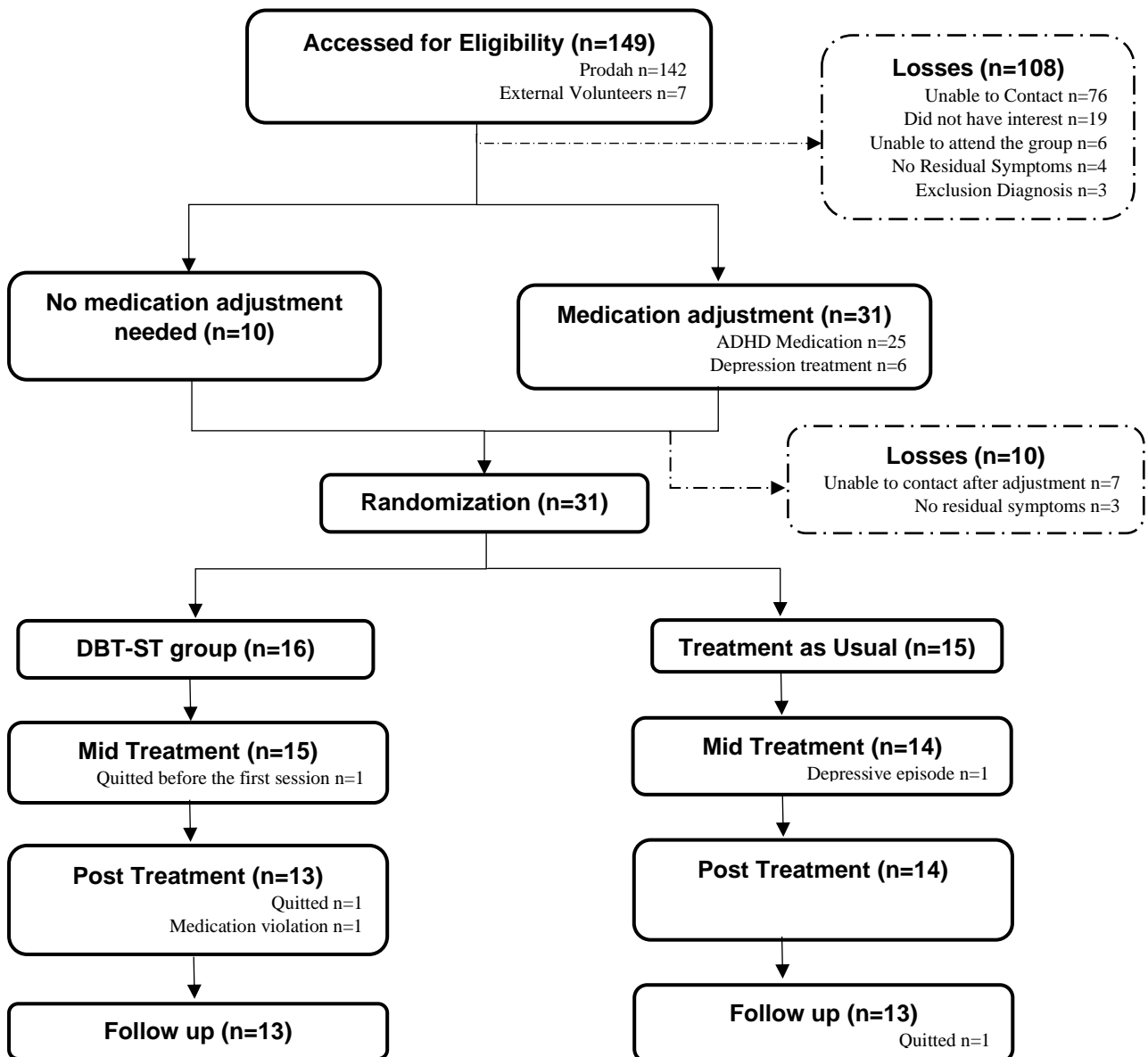
GnG = Go/No-GO. MSt = Modified Stroop Task. SD = Standard Deviation GEE= Generalizing Estimating Equations. * = p ≤0,05 ** = p ≤0,01 *** = p ≤0,001 (Footnote: ¹ = p>value only provided when significant)

Supplementary Table 1: Content of the Sessions:

Session (<i>original name</i>):	Added Session Worksheets:	Added Task Worksheets:
1 Introduction and Mindfulness	Mindfulness 1 ^a Mindfulness 4	Mindfulness Task 4b Mindfulness Task 4a
2 Mindfulness	Mindfulness 5 Stress Management 15	Mindfulness Task 5c Mindfulness Task 5a
3 Mindfulness	Mindfulness 3 Emotional Regulation 16	Mindfulness Task 1 Mindfulness Task 2a
4 Symptom Management (<i>Chaos and Control</i>)	General Sheet 1 Emotional Regulation 12	-
5 Behavior Analysis	General Sheet 7 General Sheet Task 2	General Sheet Task 2
6 Behavior Analysis	General Sheet 8 General Sheet Task 3	General Sheet Task 3
7 Emotional Regulation	Emotional Regulation 3 Emotional Regulation 5 Emotional Regulation Task 4a	Emotional Regulation Task 4a
8 Emotional Regulation (<i>impulse control</i>)	Emotional Regulation 9 Emotional Regulation 8 Emotional Regulation 10	Emotional Regulation Task 6 Emotional Regulation Task 7
9 Stress Management	Stress Management 4 Stress Management 9 Stress Management 6b	Stress Management Task 2 General Sheet Task 2
10 Addictive Behaviour	Stress Management 16a Stress Management 11 Stress Management 5	General Sheet Task General Sheet Task 2
11 Interpersonal Relationships	Interpersonal Relationships 4 Interpersonal Relationships Task 5 Interpersonal Relationships 5 Interpersonal Relationships 6	Interpersonal Relationships Task 5
12 Depression and Retrospect	Emotional Regulation 15 Emotional Regulation 17	-

All sheets are from the Brazilian version of the DBT Skills Training Handouts and Worksheets, Linehan (2014a)

Figure 1: Subjects flow-chart



REFERENCES:

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Biederman J, Petty CR, Fried R, Kaiser R, Dolan CR, Schoenfeld S, Doyle AE, Seidman LJ, Faraone SV. (2008) Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *Journal of clinical psychiatry*: 69(8):1217-22.
- Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, Lomedico A, Hyder LL, Faraone SV. (2012). Adult outcome attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *Journal of clinical psychiatry* 73(7): 941-950
- Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Atten Defic Hyperact Disord*.
- Brown, T. E. (1996). *Attention-Deficit Disorder Scales manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. (2018) Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry*.
- Cole P, Weibel S, Nicastro R, et al.(2016) CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*. 2016;28(Suppl-1):103-107.
- Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. (2015) Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*.;385(9983):2190-6.
- de Lima Osório F, Crippa JA, Loureiro SR. (2011) Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *Int J Psychiatry Clin Pract*: 15(4):255-62

- Edel MA, Hölter T, Wassink K, Juckel G. (2014). A Comparison of Mindfulness-Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD: An Open Study. *J Atten Disord*
- Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, Young S. (2011) Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*: 11:116.
- Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreesen A. (2015) Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*: 19(3):260-71.
- Gomes-oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo neto F, Andrade LH, Wang YP. (2012) Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*: 34(4):389-94.
- Guimarães LSP, Hirakata VN. (2012)Uso do Modelo de Equações de Estimacões Generalizadas na análise de dados longitudinais. *Rev HCPA*;32(4):503-11.
- Hesslinger B, Tebartz van elst L, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, Ebert D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults--a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*: 252(4):177-84.
- Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, Rück J, Wiwe C, Bothén P, Nordström AL. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*: 49(3):175-85.
- Hogan AM, Vergha-Khadem F, Kirkham FJ, Baldeweg T. (2005) Maturation of action monitoring from adolescents to adulthood: an ERP study. *Dev Sci*;8:525-534
- Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, D'Amelio R, Sobanski E, Müller H, Feige B, Matthies S, Philipsen A. (2018) Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Jun;268(4):321-335.
- Jamilian, H. R., Malekirad, A. A., Farhadi, M., Habibi, M., & Zamani, N. (2014). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance

and emotion regulation components) one expulsive anger and impulsive behaviors. *Global journal of health science*, 6(7 Spec No), 116-23. doi:10.5539/gjhs.v6n7p116

Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, et al. (2019) Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychol Med*;49(1):55-65.

Kahl KG, Winter L, Schweiger U. (2012) The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Curr Opin Psychiatry*: 25(6):522-8.

Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Walters EE (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 35(2):245–256

Lehti V, Niemelä S, Heinze M, et al. (2012) Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 91(11):1319-25.

Linehan MM. (2014a) *DBT Skills Training Manual*. Nova York: Guilford Publications.

Linehan MM. (2014b) *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*. Nova York: Guilford Publications.

Linehan MM, Wilks CR. (2015) The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother*: 69(2):97-110.

Maia CR, Stella SF, Mattos P, Polanczyk GV, Polanczyk CA, Rohde LA. (2015) The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. *Rev Bras Psiquiatr*:37(1):67-70.

Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. (2006) Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of Clinical Psychiatry*: 33(4):188.

Mattos P, Coutinho G. (2007) Quality of life and ADHD. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 56:50.

Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. (2015) Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. *Cogn Behav Pract*;22(2):172-191.

- Morgensterns, E., Alfredsson, J. & Hirvikoski,(2016) Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *T. ADHD Atten Def Hyp Disord* 8: 101 <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0182->
- Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. (2014) Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*;59:40-51.
- Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M, Münzebrock M, Scheel C, Jacob C, Perlov E, Tebartz van Elst L, Hesslinger B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *J Nerv Ment Dis*: 195(12):1013-9.
- Philipsen A, Jans T, Graf E, et al. (2015) Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*.; 72(12):1199–1210. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.214
- Pitts M, Mangle L, Asherson P. (2015) Impairments, diagnosis and treatments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Arch Psychiatr Nurs*: 29(1):56-63.
- Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. (2005) Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*: 43(7):831-42.
- Safren SA, Sprich SE, Cooper-vince C, Knouse LE, Lerner JÁ. (2010). Life impairments in adults with medication-treated ADHD. *J Atten Disord*: 13(5):524-31.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276-93.
- Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 194(3):204-11

- Sonuga-barke E, Bitsakou P, Thompson M. Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(3), 273-81. 010;49(4):345-55.
- Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. (2015) The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *J Clin Psychol*: 71(1):1-20.
- Vidal-estrada R, Bosch-munso R, Nogueira-morais M, Casas-brugue M, Ramos-quiroga JA. (2012) Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*: 40(3):147-54.
- Turner L, Shamseer L, Altman DG, Weeks L, Peters J, Kober T, et al. (2012) Consolidated standards of reporting trials (CONSORT) and the completeness of reporting of randomised controlled trials (RCTs) published in medical journals. Turner L, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. Nov 14;(11). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.MR000030.pub2>
- Weiss M, Murray C, Wasdell M, Greenfield B, Giles L, Hechtman L. (2012) A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*: 12:30.
- Wigal SB. (2009) Efficacy and safety limitations of attention-deficit hyperactivity disorder pharmacotherapy in children and adults. *CNS Drugs*: 23 Suppl 1:21-31.
- Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*: 57(11):1336-46.

9. DISCUSSÃO

O principal objetivo do estudo foi explorar a viabilidade do grupo de habilidades como tratamento complementar a medicação em adultos com TDAH. Neste sentido, reproduzimos os estudos anteriores que apotam a viabilidade da aplicação do modelo.

Outro objetivo focava em avaliar a efetividade do protocolo nos sintomas residuais do TDAH após o uso estável da medicação, o que foi mensurado através da ASRS. Os resultados da ASRS não sugerem uma melhora significativa em relação ao grupo controle, reproduzindo a literatura existente (Hirvikoski et al. 2011; Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015; Cole et al. 2016). Também não se encontrou diferença significativa em relação ao grupo controle nas escalas usadas para medir o impacto na qualidade de vida, diferindo da literatura existente (Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015). Se supõe que a diferença para a literatura se deu pois o estudo não teve o poder esperado, randomizando 31 dos 52 pacientes previstos. O estudo foi encerrado com 31 participantes devido às dificuldades logísticas, porém foi levado em consideração que o objetivo principal - análise da viabilidade - já havia sido respondido.

Como estudo exploratório, um dos objetivos era averiguar a melhora do controle inibitório. Encontramos um aumento da média de tempo de resposta no Go/No-Go no grupo de intervenção durante o protocolo, indicando uma tendência a um padrão mais conservador de respostas nos testes neuropsicológicos. Este objetivo de melhora no controle inibitório não foi alvo dos estudos anteriores (Heslinger et al. 2002, Fleming et al. 2015) e os resultados daqueles estudos não sugerem a melhora do controle inibitório.

Nosso objetivo de adaptar o protocolo de Philipsen e verificar sua viabilidade foi alcançado. A adaptação para um protocolo com fins de pesquisa, mais estruturado que o material original, exigiu alterações no protocolo e a escolha de materiais complementares com fonte na DBT-ST tradicional. Optamos por seguir os objetivos de cada sessão, porém estruturando sua aplicação para que qualquer um dos terapeutas seguisse o mesmo protocolo. Uma das principais alterações foi a colocação da sessão de psico-educação e prevenção de depressão para o final do protocolo, uma vez que nosso estudo teve como critério de exclusão pacientes em episódio depressivo maior. Também foi levado em conta os feedbacks dos participantes para aperfeiçoar o protocolo. Este processo ocorreu durante a execução do primeiro grupo, só estando terminado no início do segundo grupo. Contudo, este modelo do protocolo foi considerado curto, com $\frac{3}{4}$ dos participantes

solicitando mais tempo para consolidação das habilidades como sua sugestão para aprimoramento do protocolo.

Para verificar a viabilidade da aplicação, se utilizou a metodologia de avaliação dos estudos anteriores. Nosso protocolo foi capaz de reproduzir, em um contexto de um país em desenvolvimento, os achados de que a aplicação do grupo de treinamento de habilidades para o TDAH é viável. Os participantes atingiram uma média de 87,25% de comparecimento as sessões, 63,64% de realização das “tarefas de casa”, e apenas 12,5% (n=3) não completaram o protocolo. Analisando a aceitação do protocolo: todos os participantes relataram melhora na percepção subjetiva do seu estado atual, que a terapia era focada no TDAH, e que fariam de novo. A grande maioria dos pacientes (83,33%) concordaram com a afirmação de que conseguiam controlar melhor o TDAH.

Avaliando a eficácia da intervenção como tratamento complementar a medicação – hipótese não testada antes – os dados encontrados são condizentes com a literatura anterior. Não foi encontrada nenhuma diferença significativa na interação dos grupos por tempo para os sintomas do TDAH, tal qual Philipsen et al. (2015), em um robusto ensaio clínico randomizado. O estudo incluiu 433 participantes em 4 braços de intervenção diferentes, e também não encontrou nenhuma diferença estatística entre o grupo de habilidades da DBT e o manejo clínico. Hirvikoski et al. (2011), e Cole et al. (2016) também não encontraram diferenças entre os grupos. Por sua vez Fleming et al. (2015) encontraram uma diferença estatística na redução de sintomas totais de TDAH, usando um protocolo de terapia diferente, com 9 sessões, contudo o objetivo primário deste estudo era o desfecho de desatenção, onde não se encontrou diferença.

Nosso achado positivo foi em um dos testes neuropsicológicos, onde encontramos um aumento do tempo de resposta no grupo de habilidades ao longo do protocolo, indicando uma tendência a uma melhora no controle inibitório, o que não foi abordado por estudos anteriores. (Hirvikoski et al. 2011; Edell et al. 2014; Fleming et al. 2015; Philipsen et al. 2015;). A diferença encontrada na variável tempo de resposta do Go/No-Go pode sugerir um padrão de resposta aos estímulos mais cauteloso, principalmente quando interpretada no contexto onde outras variáveis também apresentaram melhora, apesar de que nestas não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo controle. É importante salientar que este achado ocorreu num contexto com um potencial efeito solo -falta de espaço para melhora-, nas tarefas de controle inibitório. Os

erros de comissão do Go/No-Go, por exemplo, que é a medida que melhor reflete apenas o controle inibitório, tinha ponto de partida inicial menor que um erro por participante (0,750) no grupo DBT-ST. Nesse grupo a média de erros de comissão após o fim do protocolo foi de 0,077 (i.e., apenas 1 erro cometido por 1 único sujeito, entre todos os participantes do grupo de habilidades na avaliação imediatamente após a intervenção – 12 semanas. O que não foi suficiente para determinar uma interação significativa entre grupo e tempo.

Os efeitos da DBT na melhora de comportamentos impulsivos já foram demonstrados para outros transtornos na literatura (Valentine et al. 2015; Jamilian et al. 2014). Esta área de pesquisa é bastante relevante para o TDAH, já que diversos prejuízos e desfechos negativos relacionados a impulsividade e déficits no controle inibitório ocorrem no transtorno. Estes prejuízos são amplos e vão desde maior risco de acidentes de carro, até maior risco de gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. (Dalsgaard et al. 2015; Biederman et al. 2012; Lehti et al. 2012).

A literatura mostra que houveram melhoras significativas contra o grupo controle em desfechos secundários de funcionamento geral, seja na *Global Clinical Impression* (Philipsen et al. 2015), ou o *AaQoL ADHD Quality of Life Questionnaire* (Fleming et al. 2016), resultados que não foram reproduzidos em nossos dados. Também é importante lembrar que não atingimos o número de participantes esperados (n=52). Concluímos o estudo com 31 participantes, dos quais 26 completos em ambos os grupos. Isso sugere que nossas análises podem não ter tido poder suficiente para detectar diferenças nesses desfechos secundários.

Como nenhum dos outros estudos com o modelo de 12 sessões utilizou medidas de controle inibitório, estudos futuros poderiam medir as melhoras nas variáveis de controle inibitório. A partir deste ponto, explorar se as melhoras no controle inibitório dos participantes se traduzem em uma melhora real de funcionamento, nos termos de uma melhora dos comportamentos impulsivos. Essa investigação pode se revestir de importância ainda maior já que o tratamento farmacológico tem efeito menor no funcionamento neuropsicológico quando compara com seu efeito nos sintomas (Sonuga-Barke et al; 2014). Mais estudos precisam ser feitos explorando o efeito da DBT-ST na melhora do controle inibitório e em medidas de impulsividade. É interessante apontar que embora os déficits de impulsividade sejam características do TDAH (Dalsgaard et al.

2015; Biederman et al. 2012; Lehti et al. 2012), e que o grupo de habilidades da DBT tem se mostrado eficaz em melhorar comportamento impulsivo (Valentine et al. 2015; Jamilian et al. 2014), esta melhora no comportamento impulsivo não tem sido mostrada no TDAH quando se compara DBT-ST e grupo controle. (Edel et al. 2014; Fleming et al. 2015; Philipesen et al. 2015; Cole et al. 2016). Esse pode ser um interessante campo de pesquisa para futuras intervenções psicológicas no TDAH.

Estas hipóteses que exploraram as efetividades dos módulos da DBT para o TDAH podem ser expandidas também para o tratamento da desregulação emocional. A desregulação emocional tem sido caracterizada como um traço componente do TDAH (Shaw et al. 2014; Surman et al. 2013). A DBT-ST também tem se mostrado efetiva para tratamento da desregulação emocional em vários transtornos, e em desregulação emocional para múltiplos transtornos (Linehan and Wilks. 2015; Valentine et al. 2015; Neacsiu et al. 2014). Porém não há estudos específicos sobre a efetividade deste módulo na desregulação do TDAH. Philipsen et al. (2015) utilizou uma sub-escala do CAARS de impulsividade/reatividade emocional no seu estudo. Não apresentou melhora significativa, porém não é uma escala específica de desregulação emocional. Estudar a efetividade da DBT-ST na desregulação emocional do TDAH, mesmo que não se mostre um tratamento efetivo, é uma ferramenta também para entender a natureza do transtorno e seus processos neuropsicológicos em relação à outros diagnósticos em que a DBT tem se mostrado eficaz.

Outra questão relevante clinicamente é: quais os conceitos e práticas da DBT-ST são ou não efetivos para o TDAH? As terapias de grupo baseadas somente em mindfulness têm sido efetivas na redução dos sintomas do TDAH quando comparada com controles. Estes resultados foram replicados em estudos robustos e multicêntricos (Janssen et al. 2018; Mitchell et al. 2015). Como Mindfulness é uma parte da DBT, questionamos se este aspecto não precisaria de mais relevância nos protocolos DBT-ST para TDAH, já que os últimos englobando outros componentes não apresentam a mesma efetividade.

Investigações futuras com a DBT-ST são necessárias. Sugerimos que sejam redirecionadas dos sintomas centrais do TDAH para seus subcomponentes. Selecionar pacientes com prejuízo no controle inibitório e impulsividade seria relevante no campo do TDAH, e iria de encontro os nossos dados e com a literatura da DBT que mostra

melhora da impulsividade em outros transtornos. Outro subcomponente relevante na área do TDAH para ser investigado é a efetividade da DBT-ST na desregulação emocional no TDAH, o que não foi feito na literatura.

Devemos reconhecer também que a DBT é uma intervenção muito estruturada e especializada, o que por si gera um custo alto de treinamento, organização e execução. Ao se ponderar isto diante dos bons resultados com intervenções menos estruturadas e com menor custo de treinamento humano, como terapias de Mindfulness, o alto custo da DBT pode ser mais um fator limitando a sua aplicação para o TDAH.

Finalizamos reconhecendo que não há evidências que indiquem a efetividade do grupo de habilidades da DBT como tratamento complementar a medicação para o TDAH em adultos atualmente.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISCUSSÃO

- Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, Lomedico A, Hyder LL, Faraone SV. (2012). Adult outcome attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *Journal of clinical psychiatry* 73(7): 941-950
- Cole P, Weibel S, Nicastro R, et al. (2016) CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub.* 2016;28(Suppl-1):103-107.
- Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. (2015) Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet.*;385(9983):2190-6.
- Edel MA, Höltzer T, Wassink K, Juckel G. (2014). A Comparison of Mindfulness-Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD: An Open Study. *J Atten Disord*
- Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreessen A. (2015) Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*: 19(3):260-71.
- Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A, Rück J, Wiwe C, Bothén P, Nordström AL. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*: 49(3):175-85.
- Jamilian, H. R., Malekirad, A. A., Farhadi, M., Habibi, M., & Zamani, N. (2014). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) one explosive anger and impulsive behaviors. *Global journal of health science*, 6(7 Spec No), 116-23. doi:10.5539/gjhs.v6n7p116
- Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, et al. (2018) Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychol Med*;49(1):55-65.
- Lehti V, Niemelä S, Heinze M, et al. (2012) Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 91(11):1319-25.

- Linehan MM, Wilks CR. (2015) The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am J Psychother*: 69(2):97-110.
- Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. (2015) Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions. *Cogn Behav Pract*;22(2):172-191.
- Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. (2014) Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*;59:40-51.
- Philipsen A, Jans T, Graf E, et al. (2015) Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*; 72(12):1199–1210. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.214
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276-93.
- Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(3), 273-81. 010;49(4):345-55.
- Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. (2015) The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *J Clin Psychol*: 71(1):1-20.

APÊNDICE A

Sessão 1 - Apresentação, Esclarecimento, Introdução ao Mindfulness

Vídeo enviado antes da sessão:

Mitos e Verdades sobre o TDAH | Luis Augusto Rohde | TEDxUFRGS: [watch?v=6Xzha28mfV0](https://www.youtube.com/watch?v=6Xzha28mfV0)

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Mindfulness na Respiração - Atenção Plena - curta prática para principiantes: [/watch?v=DFQwgbnCPfk](https://www.youtube.com/watch?v=DFQwgbnCPfk)

Objetivos: O principal objetivo da sessão é engajar os participantes no modelo proposto, para isso se fará:

1 - Localizar o paciente no processo de terapia explicando o modelo, e fazendo o contrato.

2 - Introduzir os conceitos de TDAH e da história do transtorno, fazendo com que os pacientes possam se identificar no transtorno, no tratamento, e uns com os outros.

Segundo objetivo é introduzir os conceitos de Mindfulness de Observar, Descrever, Participar.

Fichas Introdução :

Contrato de Terapia; Contrato de Convivência, Calendário, Metas do Treinamento de Habilidades, Objetivos da terapia

Fichas da Sessão:

Definições de Mindfulness (Mind 1a), Habilidades o “O que fazer” (Mind 4)

Fichas Tarefa: Calendário de “O que fazer” (Ta Mind 4b) Checklist de “O que Fazer” (Ta Mind 4a),

Fichas de Apoio:

Ideias para praticar habilidades o Que fazer (Mind 4a, 4b, 4c)

Prática Inicial: (0-20 minutos)

Se faz a apresentação dos participantes e dos terapeutas. Os terapeutas apresentam seu vínculo ao modelo, e ao trabalho com TDAH, além de algo curioso sobre si - de preferência engraçado - para criar vinculação. Os participantes dizem como chegaram ao programa, a história com TDAH, expectativas sobre a terapia, e também dizem algo curioso sobre si.

Atividade 1 (20-35 minutos)

Introduz-se o funcionamento da terapia junto ao contrato¹ de participação, explicando como as sessões irão funcionar e quais os compromissos dos participantes em decorrência disso. O objetivo é *“controlar o TDAH e não ser controlado por ele” “dar liberdade aos participantes para escolherem como agir, e não serem reféns do transtorno” “ não existe um jeito certo de ser, e podem escolher agir conforme os sintomas, mas se treina para que eles possam fazer esta escolha e o TDAH não faça por eles”*. Seguir a estrutura da sessão é um modo de não deixar o TDAH controlar a terapia. São 12 sessões de 120 minutos, no mesmo horário. Inicia-se com uma prática de mindfulness, depois se trabalha a evolução das práticas em casa, intervalo, introdução do tema, e introduz-se uma nova habilidade, prática de casa, e feedback. Contratar as datas com os participantes.

Fazer os contratos: Ao final Garantir que os participantes concordem com o contrato e o acordo de convivência, e assinarem os contratos que estão no manual.

Atividade 2 (35-50 minutos)

Introduzir a história do diagnóstico do TDAH, os conceitos neurobiológicos, e os sintomas do TDAH, conforme os slides.

“Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento (DSM-V). É considerado um transtorno do neurodesenvolvimento infantil.”

-História: “O transtorno tem muitos nomes, DDA, TDAH, Transtorno Hiper-cinético, por ter uma história heterogênea e recente”. “O diagnóstico em adultos é recente na história médica, e não há marcadores biológicos conclusivos - mudanças anatômicas ou metabólicas - então o diagnóstico ainda é clínico, baseado no prejuízo. Isso torna difícil reconhecer o transtorno no adulto.”

-Causa: “O TDAH está fortemente associado a fatores genéticos e hereditários” “Em Adultos TDAH é um dos transtornos mais comuns, tendo prevalência de 2,98%”

-Sintomas: Focar nos prejuízos causados aos adultos com TDAH, e nos acúmulos destes prejuízos durante a vida.

Durante o processo solicitar que os pacientes acompanhem mentalmente relacionando com a própria experiência do TDAH. Ao final, abrir para os pacientes compartilharem qual aspecto dos conceitos do transtorno foi mais tocante para eles durante a apresentação.

Intervalo. (50-60 minutos)

Atividade 3 (60-95 Minutos)

Introduzir o conceito de Mindfulness - usar a ficha definições de mindfulness-

- Objetivo é relacionar o mindfulness com a neuropsicologia do transtorno e os prejuízos causados.

“Praticar Mindfulness é prestar atenção intencionalmente no presente, sem apego ou julgamentos, estar no momento presente.”

“A tradução de mindfulness é atenção plena, e o que queremos aqui é treinar que vocês tenham o controle sobre a atenção de vocês”. Estar mindfulness já é não estar TDAH. Então vamos treinar não estar TDAH.

Metáfora do “o cérebro como um músculo que pode ser treinado para ficar mais forte, e o mindfulness é o exercício”.

“Mindfulness está associado em pesquisas ao aumento da interconectividade de áreas cerebrais, e é isso que queremos desenvolver” Citar o mindfulness como estar no momento presente, diminuindo a ansiedade do futuro e os julgamentos do passado - ligando com as características de ansiedade e baixa autoestima.

“Nosso objetivo é dar liberdade de escolha, não ensinar o jeito certo” Queremos que vocês possam estar em mindfulness quando for importante, não o tempo todo, e escolherem quando se levarão pelo TDAH. **(60-65 minutos)**

Ler fichas de Habilidades o que fazer - Habilidades que descrevem o que fazer para fazer mindfulness.

Ler Observar - “Observe, com os cinco sentidos, com as sensações do corpo, observe os pensamentos. Apenas observe”

Metáfora: “É como ter uma mente de iniciante/criança atenta a todos detalhes como novos e importantes”. “tenha uma mente de teflon e não se apegue aos pensamentos, deixe eles irem”

O porquê: O observar do mindfulness é a base para que se possa notar os esquecimentos e desatenções, estando atento ao momento presente.

Metáfora: “É como atravessar uma sala cheia de mobília com os olhos abertos, ao invés

de fechados. Você pode fechar os olhos se não gostar da mobília, mas vai acabar esbarrando nos móveis, mas isso é ineficiente.” (65-75 minutos)

Ler Descrever - É colocar em palavras o que foi observado. A descrição precisa se ater somente aos fatos, serve para distinguirmos o que observamos do que são conceitos ou interpretações. separando *Sensação, Pensamento, e a Realidade Externa*. **“Descreva só o que foi observado, nada mais”** O descrever do mindfulness é descrever a realidade como ela é; não se interpreta a realidade, só se a aceita a experiência.

(Meta 3 experimentar a realidade como ela é). (75-85 minutos)

Ler Participar - É entrar totalmente na atividade, entrar em consciência no momento presente. Torne-se um com o que está fazendo, sem se inibir.

Metáfora: *“é como dirigir, se tornar um com o carro, seus movimentos e os do carro são um só”.*(85-90 minutos)

Prática: Notar e descrever pensamentos. (90-105 min, 3 minutos de prática)

Fazer o grounding, e depois pedir para que notem os pensamentos e descartem. Cerca de 3 minutos. Depois pedir que compartilhem. Colocar que participar é fazer com atenção plena o que foi proposto, observar é ficar atento a cada detalhe do que acontece em especial no nosso corpo, e descrever é o exercício de se atentar apenas ao que aconteceu.

Tarefa: (105-110 minutos)

Introduzir a tarefa e ressaltar a importância da tarefa. Explicar como realizar e preencher.

1 Diário de Observar, de Descrever, e de Participar, com as fichas de apoio de sugestão.
2 Junto com o diário preencher o Checklist de habilidades o que fazer

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 2 - Mindfulness

Conteúdos enviados antes da sessão:

Fronteiras da Ciência: Mindfulness e Ansiedade:
multimedia.ufrgs.br/conteudo/frontdaciencia/Fronteiras_da_Ciencia-T08E27-Atencao.plena.Mindfulness.e.ansiedade-04.09.2017.mp3

Why Stimulants Help ADHD: / watch?v=yoX0vEDn5a4

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Mindfulness de sons e pensamento: /watch?v=jcBWVvyizdM

Objetivos: O principal objetivo da sessão é engajar os participantes no modelo proposto, para isso se fará:

1 - Apresentar as atividades como fazer, e treiná-las.

2 - Apresentar a Neurobiologia do Mindfulness como base para a sustentação do modelo da terapia.

Fichas da Sessão :

Habilidades o “Como Fazer” (Mind 5), Mindfulness de pensamentos Atuais (Mal Es 15)

Fichas Tarefa :

Calendário de “Adotar uma postura não julgadora” (Ta Mind 5c) Checklist de “Como Fazer” (Ta Mind 5a),

Fichas de Apoio :

Ta. Mindfulness de Pensamentos Atuais (Ta Mal Est 12), Ideias para praticar habilidades “Como Fazer” (Mind 5a, 5b, 5c)

Prática Inicial: (0-5 prática, 5-15 devolução)

Prática de voltar aos sentidos e esteira dos pensamentos.

Tarefa (15-45 minutos)

Introduz-se o funcionamento da tarefa com a contagem do tempo, e do retorno.

Objetivo é ver o quanto praticaram as habilidades como (observar, descrever, participar), e tomar nota das dúvidas e questionamentos que eles tiverem.

Intervalo. (45-55 minutos)

Atividade 1 (55-65 Minutos)

Retomar a neurobiologia - Citar o TDAH como uma variação do espectro de atenção que uma pessoa normal tem, estando no limite inferior. Incluir que existem modelos diferentes e funcionamento cerebrais diferentes, e teorias com o a “low arousal theory” não explicam completamente o fenômeno, assim como há a variante “Sluggish Cognitive Tempo”. TDAH mesmo que esteja associado a uma disfunção do lóbulo frontal, é associada em crianças e adolescente a um desenvolvimento cerebral mais lento, e a prematuridade ao nascer. e que não há uma conclusão simples e homogênea. O diagnóstico do TDAH ainda é clínico, levando conta prejuízos e adaptação ao ambiente. Por se resumir a sintomas e principalmente o prejuízo, é isso que tentamos intervir na terapia.

Introduzir o mindfulness - O Objetivo aqui portanto é treinar o cérebro, e fortalecer as regiões ligadas ao controle de impulso e atenção. Há evidências de que o mindfulness é capaz de estimular a plasticidade neuronal e melhorar interconectividade de regiões cerebrais, e aumentar a ativação destas regiões. Além de treinar o “observador interno” para as análises comportamentais e o controle de impulso.

Pensamentos e planejamento ativam principalmente a área frontal do Cérebro, e Emoções e Sensações ativam áreas mais inferiores do sistema nervoso central. Com o treinamento de consciência queremos treinar a integração destas áreas distintas.

Atividade 1 (65-95 Minutos)

O objetivo aqui é treinar como fazer mindfulness, não só tentar estar em consciência plena, mas como fazê-lo.

Ler a ficha de Como fazer:

Não Julgar - Entender a experiência como ela é, com o que pode ser observado pelos cinco sentidos. *“Se liberte dos julgamentos, não interprete, não coloque significados, seja o mais preciso possível”.* *“Julgar as coisas como boas ou ruins, útil/inútil, certo ou errado, pode ser muito útil no dia a dia, mas isso nos afasta da realidade.”* *“nossa experiência interna é verdadeira, e nós acabamos por julgar, entender algo como bom ou mau, certo ou errado; mas isso é a experiência da nossa mente e não a realidade, e precisamos notar isso como nossa experiência interna e aceitá-la.”* *“isso não significa concordar ou aprovar, é só perceber a realidade.”* Precisamos aceitar a realidade para mudá-la.

(65-75 minutos)

Uma coisa por vez - Faça o que estiver fazendo agora, apenas isso. Quando sair em seus pensamentos, volte. *“Fique no momento presente, o passado já foi e o futuro ainda não chegou”* Se foque no que está fazendo, *“se for lavar a louça apenas lave a louça se concentrando em todos os detalhes desta ação, do cheiro do detergente, o sensação nos dedos, o ritmo dos movimentos.”* Multitarefa não existe a nível cognitivo, e é ineficiente. *“é difícil para alguém com TDAH manter a atenção, mas podemos notar a desatenção, e voltar ao que fazíamos antes.”* **(75-80 minutos)**

Efetivamente - Saiba qual seu objetivo e quais são as regras. Saiba sua meta para saber o que não precisa e o que pode deixar para trás *“Saiba o que funciona para atingir sua meta e que não funciona”*. - *“Aqui juntamos com o não julgar, não queremos fazer o que é certo, mas o que funciona”* - É sua responsabilidade fazer o melhor possível para aquilo que é importante pra ti. Se não funcionar faça diferente. Se não puder fazer diferente aceite, e descubra o que precisa fazer diferente. **(80-85 minutos)**

Ler a Ficha Mindfulness dos Pensamentos atuais: (85-90 minutos)

1- Observe os pensamentos, 2- Adote uma mente Curiosa 3-Lembre-se você não é seus pensamentos. 4- Não bloqueie e suprima pensamentos.

Praticar Mindfulness: *“Estar mindful é cansativo, e não pretendemos estar mindful o tempo todo. Queremos é ter o controle e poder estar mindful quando for interessante para nós, e pra isso precisamos praticar.”*

Prática: Prática dos limões **(90-100 mim, 3 minutos de prática)**

Fazer o grounding, recapitular as habilidades como: *Não Julgar, Uma coisa por Vez, e Efetivamente*. Depois pedir para que notem os limões com os cinco sentidos. Cerca de 3 minutos. Depois pedir que compartilhem.

Objetivo focar na execução das habilidades como: Notar os Julgamentos, solicitar que digam como foi fazer uma coisa por vez, e se conseguiram ser efetivos nisso.

Tarefa: (100-110 minutos)

Introduzir a tarefa e ressaltar a importância da tarefa que é treinar o Mindfulness e trazer a prática para o dia a dia. *“Praticar Mindfulness é ativamente escolher estar com atenção plena naquele momento”*

Explicar como realizar e preencher.

1 Checklist de Não Julgar, Uma coisa por Vez, e Efetividade

2 Calendário de prática.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 3 - Mindfulness e Mente Sábia

Vídeos enviados antes da sessão:

How Meditation Can Reshape Our Brains: Sara Lazar at TEDxCambridge
2011: /watch?v=m8rRzTtP7Tc

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Mindfulness - Meditação da Montanha: /watch?v=k4GjYbtNeQE

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

- 1 - Ter o retorno da tarefa de Mindfulness dos participantes e estimular a prática
 - 1.1 Abrir espaço para lidar com as reservas, dúvidas, e questões que sobre mindfulness.
 - 1.2 Apresentar a prática informal de mindfulness, e diferenciá-la da formal.
- 2 - Apresentar o Conceito de Mente sábia.

Fichas da Sessão :

Habilidades “Mente Sábia” (Mind 3), Ficha de Valores e Prioridades (Reg Em16)

Fichas Tarefa :

Prós e Contras de Praticar Mindfulness (Ta Mind 1) Prática de habilidades centrais (Ta Mind 2a),

Fichas de Apoio :

Checklist de Mente Sábia (Ta Mind 3) Trilhando Caminho do meio(Ta Mind 10), Ideias para praticar “Mente sábia”(Mind 3a)

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-20 devolução)

Prática do ditado, o Objetivo é colocar em prática o não julgamento, o fazer uma coisa por vez, e a efetividade.

Fazer o grounding, depois iniciar com palavras comuns, depois complexas, estrangeiras, e por fim sons compreensíveis.

Prática Informal: (20-25 minutos)

Anunciar que a partir de hoje comportamentos impulsivos de interromper a fala, mexer o celular, ou distrações não planejadas e fora de contextos serão anunciadas pela sineta. *“O objetivo é fazer a prática da atenção plena no momento, para que possamos interiorizar a prática.” “Como andar de carro, no início tem que prestar atenção todos detalhes, mas depois se pode prestar atenção na estrada porque os movimentos de dirigir estão automatizados”*

Tarefa (25-60 minutos)

Trabalhar as tarefas, havendo quem não fez a tarefa, trabalhar o porquê não fizeram. Aos que fizeram a tarefa das o reforço positivo por isso, e ver o desenvolvimento do seu trabalho.

Abrir espaço para as dúvidas e reservas que eles têm com a prática de mindfulness. (Usar a metáfora do músculo e a necessidade da academia para justificar a prática formal).

Intervalo. (60-70 minutos)

Atividade 1 (70-85 Minutos)

Introduzir o conceito dos tipos de mente:

Mente Emocional - A mente emocional é quando as emoções estão no controle das nossas decisões. Ela leva em conta o que sentimos, se baseia nas nossas respostas mais emocionais, no nosso humor, no comportamento instintivo. Estar em mente

emocional é ineficiente para atingir objetivos, *“como não perguntar a data da prova por ter vergonha do que vão pensar de ti por não ter anotado.”* Isso é diferente de levar em conta as emoções, é a mente emocional é ser dominado pelas emoções.

Mente Racional - A mente racional é o extremo da razão que não leva em conta o ser humano e emocional. A mente racional compreende fatos, é objetiva, analítica. Focada em resolver problemas. Não leva em conta nossos valores e sentimentos, que fazer a vida ter valor em ser vivida.

Mente Sábia - Ela será um lugar onde se encontrará respostas pacíficas livres de conflito. Com ela vamos ao cerne íntimo desta questão, e podemos tomar nossa decisão com o que é mais importante.

A mente sábia procurar unir estes dois lados, *“pois uma vida só racional, não tem felicidade, e uma vida só emocional é apenas sobrevivência, e não constrói nossos objetivos de longo prazo.”* nosso objetivo é encontrar o equilíbrio e atingir decisões que levam em conta os dois lados. Se tentarmos uma resposta pensando sobre o assunto temos o predomínio da razão, se formos impulsivos teremos o predomínio da emoção.

Introduzir o conceito de mente sábia - O objetivo é que os participantes entendam a utilidade e como usar a sua mente sábia. A mente sábia é um modo de encontrar a nossa intuição sobre nós mesmos, a nossa verdade interior. Quando precisarmos saber o que é importante ou o que priorizar, a mente sábia é o que nos dirá.

Metáfora: *“Procurar nossa mente sábia é como sintonizar uma rádio, no início é só chiado e ruído, depois um pouco de vozes, a música, e vamos ajustando até ter um som limpo”*

Não existe verdade universal, cada um acessará sua mente sábia ao seu modo.

Modelar - Citar um exemplo pessoal onde tomar a decisão com mente sábia foi importante para que a decisão tomada fosse pacífica, mesmo com as consequências dela.

Prática: (95-105 Minutos) Prática da pedra no lago. Fazer o grounding, depois conduzir para que fiquem da respiração e seguir com as imagens guiadas do exercício, depois pedir que vão para a ficha de valores e prioridades, e responda os itens que são mais importantes pra eles. Se houver tempo, preencher a ficha dos objetivos da terapia, se não fica para tarefa.

Tarefa: (105-110 minutos)

Praticar todas as habilidades treinadas durante a semana. Habilidades O que, Como, e Mente Sábia.

1 Prática de Habilidades Centrais de Mindfulness

2 Fazer a ficha de prós e contras para a próxima sessão.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 4 - Caos e controle

Vídeos enviados antes da sessão:

Failing at Normal: An ADHD Success Story | Jessica McCabe | TEDxBratistava: /watch?v=JiwZQNYIGQI

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Mindfulness - Prática da Autocompaixão: /watch?v=Dm1BNjkmTJU

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

- 1 - Treinar a escolha entre mudança e aceitação
- 2- Consolidar a ideia de que efetividade depende dos objetivos e valores,
 - 2.1 Retomar as metas pessoais, com ajuda da mente sábia
 - 2.2 - A partir das metas treinar efetividade
 - 2.3 - Exercitar a aceitação do que se deixa de lado ao ser efetivo.

Fichas da Sessão :

Opções para solucionar problemas (Ger 1a); Estratégias de Organização; Resolução de Problemas(Reg Em 12)

Fichas Tarefa :

Ficha de Estratégias de Organização,

Fichas de Apoio :

Habilidades Como Fazer(Mind 5) Praticando Aceitação Radical(Mal Est 11b) Estudo de Caso; Ficha: Objetivos da Terapia

Prática Inicial: (0-15 prática, 15-25 devolução)

Prática de Mente Sábia, inspirando e expirando, fazendo questionamentos.

Grounding, depois condução perguntando as questões do objetivos de terapia, e instruir para que esperem a resposta vir..

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (25-50 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram. Reforçar o uso da efetividade, em transmitirem as ideias mais importantes ou se focarem nas dúvidas que consideram importantes. Pedir que digam quais os valores foram mais importantes.

Intervalo. (50-60 minutos)

Atividade 1 (60-75 Minutos)

Estudo de caso - Ler e discutir com os participantes:

1. Ela foi efetiva, quando ? *sim, ela foi efetiva até o momento que entrou na faculdade*
2. O que fez ela ser efetiva? *Atingir o objetivo dela dentro das capacidades que tinha.*
3. O que fez ela deixar de ser efetiva? *Não conseguir atingir seus objetivos para ter a vida que gostaria.*
4. Quais julgamentos foram colocados sobre o comportamento dela? *Ver os julgamentos da história e dos participantes.*
5. Quais as estratégias poderiam ser adotadas? *Ver as estratégias que os pacientes sugerem.*

Atividade 2 (75-80 Minutos)

Ler a ficha geral 1a - Objetivo aqui é deixar clara a dialética entre mudança e aceitação, e que nem sempre mudança é o caminho efetivo. Ler a ficha uma pequeno guia sobre

o que fazer quando se tem um problema com o TDAH, se possível fazer o paralelo com os problemas do estudo de caso.

Retomar a ficha dos objetivos de terapia - Objetivo aqui é ver quais os comportamentos e sintomas do TDAH devem ser tomados como prioridade para cada paciente. “*Se possível usar a mente sábia para saber a prioridade.*” Pedir que tenham em mãos os objetivos da terapia

Definição de Caos - Quando o TDAH controla te controla. Quando os objetivos de longo prazo e terem uma vida como gostariam de ter é deixado em segundo plano e se comporta de acordo com os sintomas do TDAH. Não se tem liberdade de fazer diferente, se é refém do transtorno.

Definição de Controle - é quando eu consigo o que é importante pra mim, mesmo com o TDAH. Quando tu controlas o TDAH mesmo com os sintomas e as dificuldades, se escolhe fazer o que é importante. Se é livre para fazer diferente quando necessário.

Atividade 3 (80-90 Minutos)

Resolução de Problemas:

objetivo é explicar a ficha de resolução de problemas. Usando de exemplo o estudo de caso. A primeira coisa é “reconhecer que existe um problema.” Problemas são relativos a situações ou pessoas, o que é um problema em um momento pode não ser em outro, ou para outra pessoa. Para ser efetivo é preciso abdicar de algo, não é possível ter tudo. E temos que aceitar radicalmente o que não escolhemos.

1. Observe e descreva a situação problema: Descreva a situação detalhadamente, e descreva o que ela tem de problemático. Descreva quais são os obstáculos deste problema.

2. Identifique seu objetivo, seja claro e simples, mantenha um objetivo alcançável.

3. Brainstorm, não julgue o quão possível é, apenas tenha ideias de como alcançar o objetivo.

4. Ao escolher as melhores veja quais são os prós, mas principalmente os contras. Consulte a sua mente sábia para saber o que está disposto a fazer.

5- Aja.

6- Avalie o quanto esta solução foi boa pra ti e para conseguir o teu objetivo.

Atividade 3 (90-100 Minutos)

Técnicas de organização:

Identificar quais sintomas do TDAH estão atrapalhando os nossos objetivos:

Pedir que anotem as técnicas que forem úteis para seus objetivos na ficha de tarefa.

a) Esquecimentos: Colocar lembretes visíveis. Centralizar as anotações em um único meio, tornando-as acessíveis. Fazer listas de tarefas a cumprir. Lembretes Sonoros. Rituais de organização. “*Exemplo de ritual: bater as mãos nos bolsos antes de sair de algum lugar para chegar os pertences.*” App de listas: Wunderlist

b) Desatenções em trabalho: Organize o ambiente, limpo no que não se deve prestar atenção, e organização por cores onde se precisa prestar atenção. Use o despertador de tempos em tempos para retornar ao trabalho.

c) Procrastinação: Técnica do Salame Metáfora “*não pode colocar um salame inteiro na boca de uma vez, mas se pode comer um salame inteiro fatiado*”, decomponha a tarefa nas menores partes possíveis, e faça as partes menores. Organize uma planejamento semanal e mensal, sempre focando em fazer coisas pequenas, para poder lidar com grandes tarefas. Dentro do dia faça uma organização do que fazer naquele dia, sempre em pequenas coisas.

d) Desorganização: Utilize a técnica do salame para organizar o ambiente, organizando pequenas partes até organizar todo o ambiente. Utilize pregos na parede para não perder chaves, tenha lugares específicos para colocar as coisas de modo que seja fácil pegá-las e devolvê-las.

Use a mente sábia para escolher o que é importante, e faça listas com hierarquia. Faça o que for importante e possível, não faça o resto.

e) Tenha um Auxiliar: Consiga um familiar ou colega de trabalho que funcione como juiz e possa te ajudar a se manter no que deve fazer ou a lembrar do que precisa ter consigo.

f) Seja efetivo: Fazer uma coisa implica em não fazer outras. Narrativa *"A vida é fazer o que nós queremos com o tempo que nos é dado. Não podemos fazer tudo, temos que escolher o que é importante e aceitar radicalmente não fazer o resto."*

Ler a Ficha de Mindfulness 5 Utilize as habilidades Mindfulness COMO fazer para efetividade.

Prática Final: (100-105 minutos)

Prática de Mente Sábia, inspirando e expirando, fazendo questionamentos.

Grounding, depois condução perguntando as questões do objetivos de terapia, e instruir para que esperem a resposta vir.

Tarefa: (105-110 minutos)

Colocar em Prática as técnicas de organizações sugeridas em sessão.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 5 - Análise Comportamental: Análise em cadeia

Vídeos enviados antes da sessão:

Mindfulness: aprenda a ser generoso consigo mesmo | Natasha Bontempi |

TEDxLaçador: /watch?v=d3kK7CFaKcA

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

How to Make Better Choices Through Mindfulness: /watch?v=AJwn0WrqAhI

Fronteiras da Ciência TDAH:

http://multimedia.ufrgs.br/conteudo/frontdaciencia/Fronteiras_da_Ciencia-T08E22-Hiperatividade-31.07.2017.mp3

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

1 - Ensinar análise em cadeia com o princípio: Ver, Fazer, Corrigir, Fazer, Ensinar, Fazer.

2 - Praticar análise em cadeia o quanto for possível

Fichas da Sessão :

Análise em Cadeia (Ger 7) Prática Análise em Cadeia (Ta Ger 2)

Fichas Tarefa :

Prática Análise em Cadeia (Ta Ger 2),

Fichas de Apoio :

Análise em Cadeia Passo a Paso (Ger 7a); Exemplo de Análise em Cadeia (Ta Ger 2a);

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Prática de compaixão, guardando os julgamentos.

Grounding, depois condução levando a momentos difíceis, e quais julgamentos eles fizeram de si. Depois colocar os julgamentos em uma caixa, e serem gentis consigo.

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (15-45 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram. Ver quais conseguiram implantar as técnicas, e quais não conseguiram. Usar o não ter feito a tarefa como mais uma técnica que não conseguiram implantar.

Intervalo. (45-50 minutos)

Atividade 1 (50-60 Minutos)

Análise em Cadeia - Ler a ficha Geral 7 e discutir com os participantes.

O objetivo da análise em cadeia é entender o que leva um comportamento problemático a acontecer; queremos descobrir todos os eventos (internos e externos) que levam a um comportamento. Vamos fatiar o comportamento em várias partes para entender o que levou a ele, e ver depois onde temos habilidade para fazer diferente. Metáfora: *“É ser um detetive do nosso comportamento, olhar com atenção todas as pistas e detalhes, para descobrir qual delas nos levará ao criminoso - que é onde podemos agir para mudar o comportamento”*

a) Vulnerabilidades: O que te faz suscetível a aquele comportamento, tanto atual quanto de história de vida. *“Lembrar que uma vulnerabilidade que todos compartilham é o TDAH, e que se tenta minimizá-la com a medicação.”*

b) Evento desencadeante: O evento que dispara a cadeia de eventos que leva ao comportamento problema.

c) Links: Tudo que acontece, internamente e externamente após o evento desencadeante que leva ao comportamento problema.

d) Comportamento Problema: O comportamento que vai contra os nossos objetivos.

e) Consequências: Eventos desencadeados pelo comportamento problema, como consequência do comportamento no meio, e que podem ser responsáveis pela manutenção, aumento, ou diminuição de comportamentos problema.

Curto Prazo: a sensação física, e a resposta ambiental imediata do comportamento.

Médio Prazo: as respostas ao comportamento que acontecem depois, entre minutos e dias depois do comportamento

Longo Prazo: os efeitos que o comportamento gera no funcionamento futuro da pessoa e na sua vida como um todo.

Após análise em cadeia:

6) Substitua links disfuncionais: veja quais dos links poderiam ser substituídos por comportamentos habilidosos, como aceitação radical de uma condição ambiental ou mindfulness de pensamentos disfuncionais.

7) Prevenção: Veja quais vulnerabilidades poderiam ser evitadas, e como se antecipar a esta vulnerabilidade na próxima vez.

8) Repare: Se há consequências do comportamento que causem prejuízos significativos, pense como reparar estas consequências.

Atividade 2 (60-100 Minutos)

Praticar Análise em Cadeia da Pantera Cor de Rosa - /watch?v=nfOPLfIFwe0

Objetivo aqui é que o terapeuta faça a análise e os participantes só acompanhem. Faça a análise em cadeia do comportamento problema quebrar a vidraça. Pode se assumir os links internos, de sentimentos e pensamentos da Pantera.

Os participantes fazem juntos em voz alta a análise do Birds da Pixar -

/watch?v=T63MCogI4sM

O comportamento problema escolhido é derrubar o pássaro maior.

Cada participante individualmente faz a análise em cadeia de Tom e Jerry -

/watch?v=UxY_CR_AI1c

Prática (100-110 Minutos- 4 prática, 6 devolução)

Jogo do sério

Participantes fazem o jogo do Sério entre si, e depois fazem uma análise em cadeia de como foi participar do jogo do sério, escolhendo o comportamento de rir do outro ou não rir.

Tarefa: (110 minutos - pois já foi explicada)

Fazer a análise em cadeia de não terem colocado as tarefas de organização em prática. Fazer o maior número possível de análises de todos os comportamentos problemas que eles identificarem.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 6 - Análise Comportamental 2: Missing Links

Videos enviados antes da sessão:

How frustration can make us more creative | Tim Harford: /watch?v=N7wF2AdVy2Q

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Why perfectionism isn't perfect? and How to Overcome It /watch?v=YWtGg3Myt7s

The Real Reason You're Always Losing Your Keys: /watch?v=525RHo9Y2Kk

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

1 - Consolidar o aprendizado de Análise em Cadeia

2 - Ensinar o uso dos Missing Links

Fichas da Sessão :

Análise de Missing Links (Ger 8) Prática Missing Links (Ta Ger 3)

Fichas Tarefa :

Prática Missing Links (Ta Ger 3),

Fichas de Apoio :

Construir Maestria e Antecipação (Reg Em 19);

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Esteira do pensamento.

Fazer o grounding, pedir que notem os pensamentos e que vão descartando os pensamentos. Ir diminuindo o tempo entre os comandos de descartar pensamentos. No final notarem quantos pensamentos jogaram na esteira.

Prática Informal: notar impulsos

Tarefa (15-65 minutos)

Ver como cada paciente conduziu suas análises em cadeia, pedir que escolham as dos comportamentos que consideram mais relevantes para a terapia.

1- caso algum participante não tenha feito a tarefa, peça para aguardar e que utilizará a situação no exemplo de análise de missing links

Intervalo. (65-70 minutos)

Atividade 1 (70-80 Minutos)

Análise de Missing Links

A análise de missing links é uma versão da Análise em cadeia, se na análise em cadeia olhamos o que leva um comportamento a acontecer, aqui vamos ver o que levou a um comportamento não acontecer.

“Quais comportamentos efetivos estão faltando na vida de vocês? Já houve alguma situação em que não fizeram algo que era importante?. A análise de missing links é para resolver estes comportamentos ausentes.”

Ler a ficha geral 8 “Análise de missing links”

Lembrar os participantes de terem o maior número de opções de resolução de problemas possíveis.

Utilize o participante que não realizou a tarefa de casa, e utilize o como exemplo de ir fazendo enquanto apresenta a ficha.

1) Você sabia o qual o comportamento efetivo para fazer?

(sim) (não. Então descubra o comportamento efetivo)

Aqui é importante deixar claro que o comportamento efetivo é o que atinge as nossas metas, e precisamos ter claro nossos objetivos.

2) Estava disposto a realizar o comportamento necessário?

(sim) (não. Resolver o que atrapalhou estar disposto)

Neste ponto pode ser necessário consultar sua mente sábia para saber se estava realmente disposto a fazê-los.

Dica: na ficha de apoio “*Construir maestria e antecipação*”, utilize o construir maestria para gerar o senso de auto eficácia que pode melhorar a tua disposição.

3) O pensamento de realizar o comportamento efetivo te ocorreu naquele momento?

(sim) (não. Programe um modo de lembrar)

Dica: Utilize as estratégias de organização da sessão 4 Caos e controle

Dica: na ficha de apoio “*Construir maestria e antecipação*”, utilize a antecipação.

4) O que impediu de realizar o comportamento necessário?

(resolva o que atrapalhou.)

Caso o participantes não saiba o que atrapalhou de realizar o comportamento quando lembrou do comportamento, faça uma análise em cadeia da situação.

Atividade 2 (80-90 Atividade 90-110 Correção)

Prática de Missing Links Peça que os participantes realizem a análise de missing links de algum comportamento deles.. Corrijam juntos. O objetivo é que eles possam dominar a técnica de missing links sozinhos.

Tarefa: (110 minutos - pois já foi explicada)

Fazer a análise de missing links. Utilizem comportamentos esperados, que os participantes deveriam ter feito, e comportamentos habilidosos que não fizeram.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 7 - Regulação Emocional 1

Vídeos enviados antes da sessão:

Feeling all the feels: Crash Course Psychology #25: [/watch?v=gAMbkJk6gnE](#)
 Are there universal expressions of emotion? - Sophie Zadeh [/watch?v=-hr58Yu0yDs](#)

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Meditação Mindfulness: Aceitando Pensamentos e Sentimentos: [/watch?v=d8w08RPUMos](#)

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

- 1 - Fazer a psico-educação básica de reconhecimento das emoções.
- 1.1 - Estabelecer a função das emoções no comportamento.
- 1.2 - Introduzir o ciclo das emoções no funcionamento.
- 1.3 - Introduzir e consolidar o conceito de emoções secundárias.
- 2 - Fazer a psico-educação do papel das emoções no TDAH.

Fichas da Sessão :

O que emoções fazem por Você (Reg Em3) Modelo para Descrever Emoções (Reg Em5)
 Observando e Descrevendo Emoções (Ta Reg Em4)

Fichas Tarefa :

Observando e Descrevendo Emoções (Ta Reg Em4a);

Fichas de Apoio :

Mindfulness de emoções atuais (Reg Em22) Final de Apostila Lista de emoções (Reg Em 6 e Reg Em 11);

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Escaneamento corporal breve, de olhos abertos: Fazer o grounding, e pedir que notem seu corpo e o que chama atenção.

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (15-45 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram.

Checar a análise de missing links, com o objetivo de 1) conseguiram identificar o que foi que impediu os comportamentos de se realizarem. 2) quais soluções conseguiram para que estes comportamentos aconteçam.

Intervalo. (45-55 minutos)

Prática introdução: (55-65 prática, 65-70 devolução)

Prática de Exposição emocional. O Objetivo é que eles estejam atentos às reações biológicas geradas pelos estímulos. Pedir que anotem a emoção mais intensa que sentiram.

Fazer o Grounding e depois apresentar trilhas sonoras.

Atividade 1 (70-75 Minutos)

Psico-educação das Emoções no TDAH.

O objetivo aqui é que os participantes entendam a necessidade do trabalho de regulação emocional dentro do TDAH.

Psico-educação Apesar de não ser consenso entre os autores, o TDAH pode ser caracterizado também pela desregulação emocional. Critérios Wender-Utah para TDAH incluem:

- Instabilidade emocional - *Alteração rápida das emoções*
- Déficit na regulação emocional - *Déficit em lidar com emoções intensas*
- Hipersensibilidade emocional - *Ser mais sensível às emoções intensas.*

“Portanto, o TDAH também deve ser tratado como um “transtorno afetivo” que envolve mudanças rápidas e dificuldade no controle de emoções, e não apenas como distúrbio de atenção e hiperatividade.”

A desregulação emocional também leva a uma piora dos sintomas de desatenção e hiperatividade causando mais prejuízos que em situações sem intensidade emocional.

Pedir exemplos aos participantes de situações em que houve prejuízos do TDAH em situações de intensidade emocional.

Atividade 2 (75-80 Minutos)

Objetivo é ensinar sobre emoções.

O que são emoções: são respostas fisiológicas e cognitivas do corpo para estímulos. Estes estímulos podem ser Internos (como pensamentos) ou Externos (como uma cena de um filme). Portanto emoções são involuntárias e estão presentes no corpo, e podemos senti-las estando atentos/mindfulness ao nosso corpo. *“Não existem emoções erradas ou inadequadas, elas são respostas biológicas e todas são válidas e verdadeiras. Nosso compromisso é como reagimos a estas emoções ou apesar destas emoções. Nos proibir de senti-las não mudará o fato de elas estão conosco. A sabedoria está em viver com elas.”*

Qual a função das emoções: As emoções nos motivam e nos organizam para a Ação. Para a ação correspondente a nossa emoção. Biologicamente nosso corpo se altera para responder aos estímulos. *“Exemplo: No medo temos um disparo de adrenalina, que acelera os batimentos cardíacos, dilata a pupila, diminui a sensação de dor; tudo para encarar a ameaça.”*

Função interna: As emoções também são sinais internos que servem para comunicar a nós mesmos como estamos reagindo ao meio.

Função social: As emoções comunicam à sociedade, a outros indivíduos, como nós estamos reagindo internamente. Isso é vital para o funcionamento em sociedade. São emoções que fazem com que nos conectamos as outras pessoas.

Função cognitiva: Emoções conduzem o foco da nossa atenção e assim se autopropetuem, *“são como um animal que quer se reproduzir e sobreviver. Pois as emoções dirigem o nosso foco para ficar atentos aos estímulos que mantêm a aquela emoção.”* Exemplo *“Quando estamos sozinhos em casa à noite, com medo, ficamos atentos aos barulhos e movimentos que vão nos assustar mais. Ou quando estamos apaixonados e notamos apenas as coisas positivas no nosso crush, ficando mais apaixonados.”*

Atividade 3 (80-90 Minutos)

Objetivo é que pratiquem nomear e identificar cada uma das emoções. *“Não existe ainda um modelo definitivo das emoções, as emoções em preto são universais e inquestionáveis, mas quantos as outras existem disputas. Fizemos uma escolha pela utilidade em terapia. Logo você pode estar com uma emoção que tu dá o nome de receio, não está errado, mas aqui vamos nomeá-la como medo. Todas as emoções se encaixam nestas escolhidas.”*

Pedir que eles preencham coletivamente o quadro com os impulsos de cada emoção, e o que elas querem nos comunicar: Raiva, Medo, Culpa, Vergonha, Inveja, Ciúmes,

Nojo, Amor, Alegria, Tristeza.

Atividade 4 (90-110 Minutos)

Objetivo: Praticar o modelo de reconhecer e descrever emoções. O principal aqui é conseguir falar de emoções primárias e secundárias, emoções que acontecem ao mesmo tempo.

Apresentação: (max10 mim) Descreva brevemente a ficha, adiantando que irá preencher com eles. *“Emoções têm componentes que vamos dissecá-los aqui, são complexas e estas partes pode acontecer tão rápido que parece ao mesmo tempo”* Peça que acompanhem começando pelo:

1-Evento desencadeante. *“Evento desencadeante é o que dispara a emoção, pode ser interno com um pensamento, ou externo como ver uma cobra.”* Peça que sigam com as duas fichas.

2-Vulnerabilidades: tudo que me torna mais ou menos suscetível a aquela emoção: como ter *“visto um filme de terror na noite, estar fisicamente cansado, ou ter sido mordido por um cachorro na infância.”*

3-Interpretações: *“Interpretações seguem ao evento desencadeante e podem reforçar ou diminuir a emoção, se sei que a cobra é venenosa fico com mais medo, se sei que não é venenosa tenho menos medo por interpretar que não corro risco.”*

4-Mudanças biológicas e ação: *“Paralelo as interpretações temos a nossa mudança biológica, nosso padrão neurológico muda, e nosso corpo se altera. Com as sensações podemos experimentar estas mudanças físicas, como por ex: taquicardia ou vermelhidão no rosto. Mesmo experiências como falta de energia e vazio são sensações de respostas biológicas às nossas emoções.”*

5- Expressão: Como nossa emoção está sendo comunicada. *“toda emoção tem uma resposta visível para comunicar a sociedade o que sentimos, como estufar o peito na raiva, ou falar baixo na vergonha. Nota: pode se aprender a controlar a expressão emocional, atores fazem isso por exemplo”* Metáfora: *“Se eu estiver com um câmera serei capaz de identificar a expressão daquela emoção. Também vale para a ação.”*

6- Ação: O que foi feito como resposta à emoção, que consequência a emoção teve.

7- Nome da emoção: *“Dar nome a emoção já é um modo de entrar estar consciente dela, e nos dá a oportunidade de lidar com ela como algo separado de nós.”*

Emoções secundárias: *Nossas emoções podem causar outras emoções. “Ex: posso me sentir com raiva de mim mesmo por estar me sentindo fracassado/vergonha” “Muitas das nossas emoções acontecem sobrepostas, poder chegar nas emoções primárias é importante para saber qual emoção vamos ter em foco.”*

Pós-Efeitos: o que aconteceu depois do ciclo da emoção.

Consolidação: *“agora vamos botar em prática o infográfico, e preencher a ficha relativa a ele”* Utilize uma emoção que foi vista no mindfulness inicial - de preferência que tenha emoções secundárias. Faça em voz alta junto com o participante o preenchimento da ficha de tarefa observando e descrevendo emoções (tarefa de regulação emocional 4a), e utilize como guia a ficha de modelo para descrever emoções (regulação emocional 5).

Mindfulness: Objetivo é ensinar o valor do mindfulness para regulação emocional. *“Estar atento às emoções nos permite perceber este ciclos emocionais, ouvir o que as emoções nos dizem, e acalmar nossa resposta biológica. Não podemos modificar emoções diretamente. Podemos alterar nossa biologia para reduzir a intensidade, o que podemos fazer com Mindfulness. Podemos alterar o foco da atenção, e nos concentrarmos em outros estímulos, evitando que a emoção se mantenha . Podemos alterar pensamentos para quebrar o ciclo emocional, e podemos nos preparar para ficarmos menos vulneráveis - vivenciando esta emoção e desafiando-a de modo que não sejamos tão sensíveis a ela.”*

Tarefa: (110 minutos - pois já foi explicada)

“Praticar a tarefa é um modo de estar mindfulness”

Praticar o reconhecimento de emoções, e preencher a ficha de “tarefa de regulação 4a”

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 8 - Regulação Emocional 2: Controle de Impulso

Vídeos enviados antes da sessão:

ADHD and Emotional Dysregulation: What You Need to Know: /watch?v=2kew2JhKq3Y

The gift and power of emotional courage | Susan David: /watch?v=NDQ1Mi5I4rgs

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

David Brooks: The social animal: /watch?v=rGfhahVBIQw

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

- 1 - Ensinar a checagem dos fatos e ação oposta
- 2 - Utilizar o modelo de regulação como modelo de controle de impulso

Fichas da Sessão :

Diagrama de Modificar Emoções (Reg Em9) Verifique os Fatos (Reg Em8)

Ação Oposta (Reg Em10)

Fichas Tarefa :

Descobrimo como Modificar Emoções (Ta Reg Em6), Ação Oposta (Ta Reg Em 7)).

Fichas de Apoio :

Solução de Problemas (Reg em12) Antecipando Fatores que Inter na Reg Em (Reg Em24)

Final de Apostila Lista de emoções (Reg Em 6 e Reg Em 11);

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Categorizar pensamentos. Fazer o grounding, e pedir que guardem os pensamentos em caixas, e que no final deem nomes as caixas.

Prática Informal: notar impulsos e julgamentos.

Tarefa (15-40 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram.

Objetivo: consolidar o aprendizado de descrever emoções e estar mindfulness a elas.

Intervalo. (40-50 minutos)

Atividade 1 (50-60 Minutos)

Diagrama de efetividade emocional: “regulação emocional 6”: Apresentar a ficha usando o exemplo de um dos pacientes - se possível da tarefa.

Diagrama: Após fazer o exemplo, explique os tópicos. “Instintivamente em muitas situações fazemos este análise.” O que queremos é dar a possibilidade que possam tomar consciência disso e usá-la quando alguma emoção estiver sendo inefetiva.

Verificar os fatos: Confirmar se a emoção e sua intensidade correspondem à realidade - haverá uma ficha só para isso. Se precisar use o exemplo de encontrar uma cobra na sala, e como verificar os fatos ali.

Efetividade: O mais importante é saber se agir de acordo com a emoção vai ser efetivo para os nossos objetivos. Decidindo de mente sábia o que é importante na nossa vida. “Nota: como não é efetivo fazer ação oposta pela metade, é importante levar em conta na mente sábia se estamos ou não prontos para um ação oposta completa. Fazer ação oposta pode não ser a escolha mais efetiva se não for devidamente executada.”

“Exemplo da Cobra: por mais que esteja ou não justificado meu medo ao ver a cobra, decidir como enfrentar o medo depende dos objetivos situação, deixar uma outra pessoa ali e fugir pode ser contra os teus valores, sendo efetivo enfrentar o medo e protegê-la”

Atividade 2 (60-75 Minutos)

Objetivo é explicar como verificar os fatos ou solucionar problemas.

Porque verificar os fatos: Use exemplos para explicar como *“Interpretações da realidade podem causar emoções intensas.”*, *“Interpretações da realidade que são erradas ou rígidas demais podem causar sofrimento e novos problemas.”* *“Nossas emoções podem afetar como interpretamos a realidade.”*

Ler a Ficha de Verificar os Fatos: *“Muitas vezes reagimos ao nossos pensamentos ou interpretações dos eventos ao invés de reagirmos ao fatos.”* *“Por exemplo: Se o seu pneu furou na estrada, e seu amigo passa de carro, desacelera perto de ti, e depois vai embora como você se sente? E se você for conversar com ele e ele disser: que pensou em parar, mas como o filho estava em Crise Alérgica Aguda se deu conta que não haveria tempo. Como você se sentiria agora? Só o que mudou foi a tua interpretação.”*

1- *“É importante saber qual emoção modificar, por isso a sessão da semana passada”*

2- *“O evento desencadeante pode ser interno como um pensamento ou externo. E aqui é importante se resumir aos fatos”*

3- *“As interpretações muitas vezes são errôneas, como no exemplo do carro, ou quando achamos que não gostam da gente por não termos sido convidados para um evento”*

“Aqui é preciso um grande brainstorm, pense em todas as alternativas possíveis para entender o que aconteceu”

4- *“Rotule a ameaça, veja se ela se é uma das justificativas da emoção que estamos trabalhando, como ser contaminado, que é a ameaça/justificativa do nojo.”* *“Qual a real chance de acontecer?”* *“Pense na catástrofe, o que de pior pode acontecer, nesta situação. Extrapole ao máximo o perigo e se imagine enfrentando bem a situação.”*

5- *“Após ver o máximo do perigo, a emoção ou intensidade dela, condiz com os fatos?”*

Atividade 3 (75-90 Minutos)

O Objetivo aqui é explicar brevemente o conceito de ação oposta e como fazê-lo. Ação oposta é agir contrário ao impulso de ação daquela emoção. O importante da ação oposta é fazê-la por inteiro, quando se estiver disposto, *“ação oposta pela metade acaba não sendo ação oposta.”*. Pedir que enumerem ações opostas as emoções.

Solução de problemas: Apresentar brevemente a ficha. *“Ex: Quando estou com medo de uma cobra que está na sala, entre mim e a porta. A emoção corresponde aos fatos, e é efetivo pra mim fugir, só que ela está entre eu e a porta. Ao invés de ir enfrentá-la distraio ela jogando objetos no outro canto da sala, quando ela for lá, eu saio pela porta”*
 1-Identifiquei a Cobra, 2-Sei que é venenosa porém não está concentrada em mim. 3-Meta: sobreviver, sem vexame ou prejuízo 4-(deixar que participantes deem soluções) 5-Qual se encaixa mais na meta 6-AÇÃO.

Atividade 4 (90-100 Minutos)

O Objetivo aqui é realizar o diagrama de regulação emocional com os participantes, em situações que ficaram impulsivos. Pedir que façam individualmente sobre uma emoção deles, e então corrigir - como uma correção de tarefa, incluindo o controle de tempo.

Prática Final: (100-110 minutos)

Experiência da Raiva e ação oposta.

Fazer o grounding, e pedir que se lembrem de uma situação que lhes provoca raiva, focarem na situação. Depois fazer com que relaxem.

Tarefa: (110 minutos - já explicada)

Fazer o diagrama das emoções, e fazer ação oposta ou solução de problemas. Já dado em sessão. *“Quanto mais fizermos o diagrama mais automático será fazer esta análise”*

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 9 - Manejo de estresse

Vídeos enviados antes da sessão:

Ter TDAH é uma vantagem?: / watch?v=q5ZLFbJU7tw

How Stress affect you Brain? /watch?v=WuyPuH9ojCE

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

Mindfulness no Relaxamento Muscular Progressivo: /watch?v=74SLQcfg9CQ

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

- 1 - Fazer a psico-educação da vulnerabilidade do TDAH ao estresse
- 2 - Ensinar o uso das técnicas de manejo de estresse, com base no Stop
 - 2.1 – Accepts
 - 2.2 - Acalme-se
 - 2.3 - Improve
 - 2.4 - Relaxamento muscular progressivo

Fichas da Sessão :

STOP (Mal Est4) ACCEPTS (Mal Est7) Acalme-se (Mal Est8)
IMPROVE (Mal Est9) Relaxamento Muscular Progressivo (Mal Est6b)

Fichas Tarefa :

Praticando Habilidade Stop (Ta Mal Est2)
Prática Análise de missing links (Ta Ger 2),

Fichas de Apoio :

ACCEPTS (Ta Mal Est5) Acalme-se (Ta Mal Est6)
IMPROVE (Ta Mal Est7) Relax. Muscular Progressivo (Ta Mal Est).

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Prática de escanear e notar corpo. Fazer o grounding e estimular a percepção do próprio corpo. Fazer escaneamento corporal dos pés à cabeça .

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (15-50 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram.

Objetivo é ver como praticaram a checagem dos fatos e ação oposta/solução de problemas.

Intervalo. (50-60 minutos)

Prática introdutória: (60-65 prática, 65-75 devolução)

Prática Shelob's Liar (/watch?v=PtScfh0IHUs) ou de Levantar a mão para cima. O Objetivo é experienciar o desconforto.

Fazer o grounding, e pedir que prestem atenção na música, e notem as sensações corporais e os impulsos de ação. Depois parar a música, usar a respiração como âncora, e retornar depois.

Atividade 1 (75-85 Minutos)

Psico-Educação do TDAH no estresse

O objetivo é falar da vulnerabilidade especial do TDAH ao estresse:

“Estresse tem origem na dificuldade de lidar com alguma situação ambiental - a probabilidade de isso acontecer no TDAH é maior que na população.”

“Em estresse os sintomas de TDAH ficam mais intensos. Estando mais desatentos e impulsivos aumentam as chances de entrar em comportamentos problema, que por sua vez aumentam a reatividade emocional e o estresse. Criando um ciclo retroalimentativo de estresse”

“Pensamentos e Julgamentos comuns no TDAH aumentam a experiência interna do estresse e retroalimentam o ciclo emocional.”

“A população com TDAH sofre mais com ansiedade que a população geral”

Apresentar a curva de estresse do TDAH

Apresentar a curva de desempenho: Com níveis moderados de estresse a curva de desempenho aumenta, mas a curva cai com o aumento do estresse. No TDAH o desempenho demora mais para subir, e quando sobe, sobe mais vertiginosamente e cai mais rápido, do que na população.

Estudo de caso: Objetivo aqui é ver como o estresse e os sintomas de TDAH se retroalimentam criando um ciclo vicioso.

Atividade 2: (85-90 Minutos)

Objetivo: o primeiro ponto para lidar com as crises de estresse é estar mindful, e **NÃO PIORAR O PROBLEMA**. Não é ser efetivo ou se sentir melhor, é simplesmente não aumentar o problema.:

Ler a ficha STOP (tolerância ao mal estar 4): “Stop, conforme a sigla em inglês. Pare (stop), recue (take a step back), observe, prossiga mindfulness” O objetivo aqui os participantes entendam o valor de parar e estar mindful nestas situações, observar o que está acontecendo e agir de acordo com os objetivos e o que é efetivo para isso. “Na maioria das vezes a técnica stop deve ser o suficiente, mas quando o nível emocional é alto e não conseguimos lidar com a intensidade emocional mesmo após parar: então vamos utilizar as habilidades Acalmar-se, ACCPETS, IMPROVE.”

Atividade 3 (90-100 Minutos)

O objetivo é preparar os participantes para usarem as técnicas de manejo de estresse quando necessário. “A diferença entre as técnicas de manejo de estresse é regulação emocional, é que na regulação emocional ainda temos um objetivo, procuramos algo que é importante para nossa vida. No manejo de estresse o objetivo é o mais básico, sobreviver, não piorar mais uma situação que está ruim. O propósito é fazer a reatividade da emoção baixar, sem se preocupar com efetividade nos objetivos.” “Basicamente se usa regulação emocional com emoções de intensidade menor, quando a intensidade for muito grande, se usa manejo de estresse.”

Nota: A leitura das fichas pode ser superficial e contar mais com exemplos dos participantes do que descrição dos itens.

Ler a Ficha Accepts: As habilidades ACCEPTS são para reduzir o contato com o que causou o mal estar. “Ela é ótima quando os problemas não podem ser solucionados de imediato mas estamos imersos naquela emoção”. Distraia-se com Atividades, Contribuições, Comparações, Emoções, Afastamentos, Pensamentos, Sensações. Importante é se distrair com emoções diferentes daquela que estamos tentando suportar.

Ler a Ficha Acalmar-se: O objetivo é reduzir nossa vulnerabilidade a intensidade emocional e a respostas impulsivas. Vamos utilizar os cinco sentidos para mudar nossa atenção e reduzir a resposta biológica do corpo. “Auto acalmar-se é fazer coisas agradáveis e reconfortantes que proporcionem alívio imediato. É ser gentil consigo mesmo” “Se necessário fazemos mindfulness de escaneamento corporal para reduzir a tensão, junto com o acalmar-se.”

Ler a Ficha Improve: “O objetivo do IMPROVE é acrescentar momentos positivos e prazerosos em situações de estresse. É especialmente útil em situações que duram

longos períodos e/ou precisam manter a motivação neste períodos.” Um bom exemplo é o filme “A vida é bela - onde o pai cria um ‘jogo’ para manter o filho bem em um campo de concentração.”

Prática (100-110 Minutos)

A prática é fazer a ficha do relaxamento muscular progressivo, fazendo a técnica.

Ficha de tolerância ao mal estar 5b

Fazer o grounding com âncora na respiração. Após pedir que notem um músculo, contraíam forte, inspirem e segurem o ar, e utilizem toda força para contrair, e então relaxem. Subir dos dedos dos pés ao rosto. No fim pedir para contrair todo o corpo, inspirar e segurar a contração e a respiração ao máximo, e relaxar.

Tarefa: (110 minutos)

Praticar as Habilidades Stop, e se necessário utilizar as habilidades de manejo de estresse aprendidas. Caso não tenha utilizado, fazer análise de missing links para saber porque não utilizou as técnicas de manejo de estresse.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 10 - Comportamento Aditivo

Vídeos enviados antes da sessão:

Trauma & Addiction, Crash Course Psychology: </watch?v=343ORgL3kIc>

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

The power of vulnerability | Brené Brown: </watch?v=iCvmsMzIF7o>

Mindfulness - Prática do P.A.R.A.R: </watch?v=S3VqCfeLLy4>

Objetivos: O objetivo é ver quais comportamentos aditivos os participantes são mais propensos a realizar e como interrompê-los. Em especial comportamentos não relacionados a substância.

2 - Consolidar Análise em Cadeia e Missing Links como modos de solucionar problemas.

Fichas da Sessão :

Características de Vícios e Adições; Lista de Adições comum (Mal Est 16a)

Aceitação Radical(mal est 11); Prós e contras (Mal Est 5)

Fichas Tarefa :

Prática Missing Links (Ta Ger 3)

Prática Análise em Cadeia (Ta Ger 2),

Fichas de Apoio

Prática Análise em Cadeia (Ta Ger 2) Prática Missing Links (Ta Ger 3):

Estudo de Caso; Queimando Pontes (Mal Est20) Rebelião e Negação Adaptativa (Mal Est21)

Prática Inicial: (0-15 prática, 15-20 devolução)

Prática do chocolate.

Fazer o grounding, e depois solicitar que cheirem, toquem, e pensem no chocolate, mas não comam. Solicitar que observem as respostas corporais e cognitivas. Por fim que comam o chocolate. Objetivo é ver a reação pessoal em situação de “desejo”

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (20-50 minutos)

O principal objetivo é a dialética de aceitação e mudança, checar se os participantes entenderam a dialética, e se não estão se frustrando se concentrando apenas em mudança. Ver como os participantes conseguiram lidar com os comportamentos problema e encontraram soluções para os comportamentos.

Intervalo. (50-60 minutos)

Atividade 1 (60-75 Minutos)

Aceitação Radical

Objetivo é que eles entendam o conceito e a necessidade da Aceitação radical.

Prática:

Fazer um mindfulness breve e pedir que lembrem de situações dolorosas, como desilusões, separações e perdas, situações em que não puderam mudar nada, só aceitar. Como foi parar de lutar com a realidade e aceitar a situação? - pedir brevemente que descrevam.

Aceitação radical é uma abertura completa e total aos fatos como eles são, sem lutar contra eles ou ser ineficaz ou não estar disposto. *“Aceitação Radical é a abertura completa aos fatos, Sem negar a experiência, Sem lutar contra os fatos. Aceitar em sua*

mente, aceitar emocionalmente, e aceitar em seu corpo”. “Não aceitar, significa evitar emocionalmente, se desconectar do presente, invalidar a própria experiência - levando a ruminação de pensamentos, não resolver o problema, não se sentir melhor quanto ao problema.”

Perguntas:

O que tem que de ser aceito? A realidade com ela é; As limitações, nossas e do universo; Que tudo tem uma causa; Que a vida vale a pena mesmo quando é dolorosa. Porque aceitar se queremos melhorar? Rejeitar a realidade não a modifica. Rejeitar a Realidade transforma Dor em Sofrimento; Aceitação pode trazer liberdade. Aceitação pode levar a tristeza no primeiro momento, mas seu resultado final geralmente é uma calma profunda.

Aceitar uma situação moralmente errada não é o mesmo que aprová-la? Usar os exemplos de injustiças, onde o poder não está na mão do sujeito de fato, mas é importante que aceite a situação para poder sobreviver.

Aceitar radicalmente que esta é a realidade não implica em aceitar que ela é justa ou correta, mas negar que esta é a realidade faz com que lutemos inutilmente com a realidade, o que nos impede de colocar nossas energias em outras situações necessárias. Como as vítimas dos campos de concentração, ou de um inocente condenado erroneamente a prisão perpétua, uma mulher trans. que quer engravidar .

Metáfora: “Todos fazemos um pouco de aceitação radical com a morte. A morte é inevitável e incerta, mas é também a definidora do que é vida: A vida é fazer o que é possível com o tempo que nos é dado. Se lutarmos contra a morte vamos evitar coisas como sair de casa ou beber álcool pelo risco aumentado de morrer e não teremos nenhuma vida. É preciso aceitar radicalmente que morrer é inevitável para podermos viver, viver aqui e agora; mas também temos que aceitar radicalmente que ela é incerta para podermos construir um futuro a longo prazo para nós mesmos.”

Atividade 2 (75-85 Minutos)

Psico-Educação das adições: o objetivo é caracterizar as adoções como comportamentos que impedem de conquistar o que se deseja e limita a liberdade do participante. O que separa adição de um comportamento ativo é a escolha e o controle.

Comportamento aditivo é caracterizado por:

- Forte desejo de realizar.
- Perda de controle: não se consegue dar um limite ao comportamento.
- Tolerância: sempre se quer mais, não chega no ponto de saturação.

Além destes o vício inclui:

- Abstinência: forte desejo de realizar quando se fica sem.
- Prejuízo: O comportamento tem que causar danos à pessoa.

Estudo de caso.

O objetivo é instruir sobre comportamentos aditivos e vícios, separá-los e entender a função que tem no TDAH.

Psico-educação da adição no TDAH: O objetivo é mostrar a vulnerabilidade biológica do TDAH à adição. *“Devido ao déficit no controle de impulsos, é mais difícil para alguém com TDAH evitar realizar um comportamento aditivo que oferece um reforço. Como há um déficit na ativação cerebral e níveis de dopamina, o que os comportamentos aditivos fazem é estimular o funcionamento cerebral como as drogas fazem. Também se supõe que como no TDAH há um déficit na modulação da atenção, é mais difícil para alguém com TDAH sair do comportamento aditivo/vício quando este está sendo reforçado, já que a atenção fica voltada para o estímulo aditivo. Também é mais fácil retornar ao vício pela dificuldade em manter a atenção em outros objetos menos estimulantes.”*
“Pesquisas dão evidências para corroborar que pacientes com TDAH têm maior probabilidade de serem usuários de substância que a população normal - quadro é pior quando não diagnosticados.”

Atividade 3 (85-100 Minutos)**Lidando com os comportamentos aditivos.**

O objetivo é que eles identifiquem comportamentos aditivos e como identificar as próprias vulnerabilidades. *“A importância de identificar comportamentos aditivos é que eles são grandes obstáculos de vivermos a vida como gostaríamos.”*

Ler a lista de comportamentos aditivos: Pedir que pacientes leiam a ficha e identifiquem quais a comportamentos aditivos eles são mais suscetíveis e se se encaixam nos critérios.

Prós e Contras de lidar com Impulsos:

O Objetivo aqui é que eles percebam os comportamentos aditivos que tem, e reconheçam se são um problema para eles.

Após psico-educar sobre os comportamentos aditivos, solicite que eles identifiquem os próprios comportamentos que são aditivos. Use a ficha 141 como guia para que identifiquem estes comportamentos.

Após isso peça que preencham os prós e contras (pág. 142) de seguir o impulso de realizar um dos comportamentos escolhidos como aditivos na ficha da pág. 141.

Atividade 4 (100-110 Minutos)

Nosso objetivo é que descubram soluções para seus comportamentos aditivos. (pode ser dado de tarefa)

Fazer a análise em cadeia ou missing links - Objetivo é manter a prática de análise em cadeia e ajudá-los a lidar com adições. Pedir que façam individualmente as análises em cadeia do comportamento aditivo ou a falta de um comportamento diferente. Ajude a criar soluções.

Tarefa: (110 minutos)

Fazer uma análise em cadeia de seus principais comportamentos problema.

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 11 - Habilidades de Relacionamento Interpessoal

Vídeos enviados antes da sessão:

ADHD and Relationships: Let's Be Honest: /watch?v=XbyN8RElhMk

The Good Life | Robert Waldinger: /watch?v=q-7zAkWAOYg

Vídeo enviado após a sessão com os slides:

How to Have a Good Conversation | Celeste Headlee /watch?v=H6n3iNh4XLI

Objetivos: Os dois objetivos da sessão são:

1 - Falar do impacto do TDAH no relacionamentos interpessoais, sejam elas profissionais, sociais, afetivas, ou acadêmicas.

2 - Introduzir as fichas como modelos para relações interpessoais usando como base a ficha de esclarecendo uso das habilidades interpessoais.

Fichas da Sessão :

Esclarecendo Prioridades (Ef In4) Rastreando Uso de H. Efetividade Interpessoal (Ta Ef In 5)

DEAR MAN (Ef In5) GIVE (Ef In6))

Fichas Tarefa :

Rastreando Uso de H. Efetividade Interpessoal (Ta Ef In 5)

Fichas de Apoio :

FAST(Ef In7)

Antecipação Fatores (Ef In9) Mind direcionado a outros (Ef in12) Guia Validação (Ef in18)

DEAR situação Difícil (Ef In 5a)

Prática Inicial: (0-15 prática, 15-25 devolução)

Prática de notar e ser gentil consigo enquanto se perceber divagando. Fazer o grounding e ir conduzindo que fiquem na ancora da respiração, mas sempre que possam ser gentis consigo e os próprios impulsos.

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (25-50 minutos)

Trabalhar as tarefas reforçando os que fizeram e anotaram. Ver quais conseguiram implantar as técnicas e resolução de problema, e quais não conseguiram.

Intervalo. (50-60 minutos)

Atividade 1 (60-70 Minutos)

Psico-educação dos relacionamentos no TDAH:

O objetivo da psico-educação é que os participantes aprendam que o devido às vulnerabilidades biológicas pessoas com TDAH colocam ganhos de curto prazo antes das metas de longo prazo nos relacionamentos.

“Pacientes com TDAH sofrem diversos problemas em relacionamentos sociais. Têm mais relacionamentos e relacionamentos mais problemáticos, quando casados se separam mais que a média. Em outros contextos como trabalho e estudos eles reportam mais prejuízos nos relacionamento que a média da população” “Supõe-se que os déficits de relacionamento em parte venham da impulsividade na hora de lidar com situações adversas e emocionalmente intensas nas relações sociais.”

“Hipotetiza-se que os déficits de neurotransmissores que fazem com que o paciente com TDAH fique muito tempo focado em uma tarefa e também pule de estímulo para estímulo também aconteçam em relacionamento priorizando situações de reforço

imediate - estimulação imediata - em detrimento de ganhos de longo prazo. O que é especialmente danoso em situações de trabalho e relacionamentos afetivos.”

Atividade 2 (70-95 Minutos)

Sendo efetivo nos relacionamentos sociais: O objetivo é que os participantes entendam a importância de saber os objetivos das relações, no curto e longo prazo, e dar ensinar as habilidades básicas DEAR MAN, GIVE, E FAST.

Ler Ficha Esclarecendo prioridades em situações interpessoais (Efetividade Interpessoal 4): Objetivo aqui é ficar claro que é importante saber o qual o objetivo que se pretende. *“Só se pode ser efetivo se estabelecemos as nossas metas, e sabemos o que não é importante naquela situação, se sabemos o que podemos deixar de lado.”* Todas as escolhas de efetividade interpessoal serão uma balança entre estes três pontos: Objetivo, a Relação, e o Autorrespeito. E todas as metas estão em algum nível presente em todas as situações.

1-Nos Objetivos: *“É alcançar seu objetivo ou meta em determinada situação, o objetivo geralmente é o motivo primordial para a interação.” “A questão fundamental é qual alteração ou resultado específico eu quero desta interação?” “Seja específico, quanto mais claro o seu objetivo, mais fácil ser efetivo e consegui-lo.”*

2-No relacionamento: *“Efetividade no relacionamento tem a ver com manter ou melhorar o relacionamento, e ao mesmo tempo conseguir sua meta interação.”* A questão a ficar clara é *“como eu quero que a outra pessoa se sinta em relação a mim após o término desta interação - Independente de conseguir a meta da interação”* Sabendo isso sabemos o que priorizar, queremos um objetivo mas a prioridade é do relacionamento. Notas: *“O objetivo principal pode ser melhorar o relacionamento, e isso pode ser considerado sobre a ótica da efetividade” “Sempre tornar o relacionamento o objetivo principal não funciona - se as suas necessidades individuais não forem colocadas a relação acabará violando o seu autorrespeito” “Subverter necessidades individuais não funciona”*

3-No autorrespeito: *“é manter ou melhorar seu respeito por si mesmo e/ou pelos seus valores e crenças, enquanto tenta atingir suas metas” “a questão é como eu quero me sentir a respeito de mim mesmo após esta interação - independente de conseguir a meta da interação” “Sempre ter o autorrespeito como objetivo principal não funciona”*

Todos os três objetivos devem ser considerados em uma dada interação.

Atividade 3 (95-100 Minutos)

Objetivo é praticar e dominar a ficha de rastreamento das habilidades de efetividade interpessoal.

Pedir que preencham a ficha Rastreando Uso de Habilidades de Efetividade Interpessoal (Tarefa de Efetividade Interpessoal 5), para praticar a escolha das prioridades, e conforme eles marquem, faça com cada um deles a leitura da situação com a Ficha correspondente DEAR MAN, GIVE, FAST:

Atividade 4 SE HOUVER TEMPO (100-110 Minutos)

DEAR MAN: Conseguir efetividade no objetivo. *“lembrem-se da sigla DEAR MAN”.* *“Vamos usar como exemplo, pedir um aumento”*

D-Descreva: seja objetivo *“eu trabalho aqui a dois anos e não recebi nenhum aumento”*

E-Expresse: diga claramente o que quer *“acredito que mereço um aumento.”*

A-Assertivo: diga o que quer, não que os outros devem fazer *“você poderia me dar o aumento?”*

R-Reforce: reforce o comportamento da outra pessoa, diga às consequências positivas de te dar o que gostaria. *“Vou ficar bem mais feliz como meu trabalho, e provavelmente serei mais produtivo se receber um salário que reflita o meu valor para a empresa”*

M-Mindful: Mantenha-se em atenção plena no que pediu, evite distrações. Disco-arranhado se necessário, ignore ataques ou desvios.

A-Aparente Confiança: Mantenha-se confiante, como se fizesse ação oposta a vergonha.

N-Negocie: Esteja disposto a dar para receber, reduza o que quer, ofereça algo em troca. Passe a responsabilidade da solução do impasse para a outra pessoa.

Se houver tempo, treinem rapidamente.

SE PREJUDICAR O RELACIONAMENTO OU A META, ACEITE RADICALMENTE A SUA ESCOLHA.

Tarefa: (110 minutos - pois já foi explicada)

Utilizar a ficha de Rastreamento Uso de Habilidades de Efetividade Interpessoal (Tarefa de Efetividade Interpessoal para situações futuras).

Feedback. (110-120 minutos)

Sessão 12 - Depressão/Encerramento

Vídeos enviados antes da sessão:

How the worst moments in our lives make us who we are | Andrew Solomon: /watch?v=RiM5a-vaNkg

Objetivos :

- 1 - Revisitar a história dos pacientes com TDAH e trabalhar sua autoestima e eficácia
- 2 - Ter um feedback de como foram as sessões e se conseguiram atingir os objetivos que tinham para a terapia
- 3- Psico-educar para depressão

Fichas da Sessão :

Acumulando emoções positivas no curto prazo (Reg Em15) Acumulando emoções positivas no longo prazo (Reg Em17)

Fichas Tarefa :

Feedback da Terapia

Fichas de Apoio :

Passos para ir dos valores até ações (Ta Reg Em 11a) Praticando Bondade Amorosa e Compaixão (Mind 5a)

Prática Inicial: (0-10 prática, 10-15 devolução)

Prática de Autocompaixão. Fazer o grounding, pedir que usem a respiração como âncora. Lembrar de situações em que se foram duros consigo, de lembrar o que disseram pra si mesmos, e como carregam estes julgamentos consigo naquele momento. Pedir para colocarem numa caixa, e serem gentis e amáveis com esta caixa, que cuidem dela e façam carinho. Agora se olhem de fora sem estes julgamentos, e sejam gentis consigo mesmo. Reconheçam todas as adversidades que passaram, de como fizeram sempre o melhor, e são merecedores de uma vida valiosa..

Prática Informal: Lembrar os participantes que se manterá a prática informal de notar impulsos.

Tarefa (15-40 minutos)

Revisar como treinaram as habilidades sociais treinadas, focar no estabelecimento de da hierarquia de prioridades, e o efeito de ter as metas hierarquicamente claras.

Intervalo. (40-45 minutos)

Atividade 1 (50-55 Minutos)

Psico-educar sobre depressão: O objetivo é que os participantes reconheçam quando sofrem de depressão e então adotem, individualmente, medidas úteis e oportunas. Estimular a autocompaixão para reduzir sofrimento.

Vulnerabilidade do TDAH Dois dos principais fatores que podem contribuir no longo prazo para prejudicar a qualidade de vida de quem TDAH são: “Baixa aderência ao tratamento e Depressão” “Pacientes com TDAH têm dificuldade em manter o tratamento de longo prazo do transtorno e é comum que interrompam o uso da medicação total ou parcialmente.”

Vulnerabilidade depressão Pacientes com TDAH têm uma probabilidade maior que a população geral de desenvolverem depressão durante a vida. Se supõe que a predisposição à prejuízos funcionais como no trabalho, vida social, e estudos; somados às características psíquicas como impulsividade, baixa estima, cobranças, e invalidação são os fatores que levam a prevalência aumentada da depressão.

Autocompaixão: *“é estar atento às variações na nossa percepção, e sermos gentis conosco. Portanto estar mindfulness nestas situações nos permite perceber as situações de desconfiança e crítica, e assim mudar nosso modo de se relacionar com o mundo.” “O primeiro passo para a praticar autocompaixão é a validação dos sentimentos. Entendendo a experiência humana como única e valiosa.” “Não existem sentimentos errados ou inadequados. Todos os sentimentos têm seu porquê e nos comunicam algo.” “Somos responsáveis por como agimos, não pelo que sentimos.”*

Prática 2 (55-65 Minutos)

Pedir que revisitam a história pessoal com TDAH:

Fazer o grounding, pedir que lembrem da história com TDAH. Quando descobriram o transtorno, como era viver sem o diagnóstico, as dificuldades que tiveram devido ao TDAH. Como se comparam as “pessoas normais”, quais julgamentos tem de si por terem TDAH. O quanto esses julgamentos estão presentes na terapia. Pedir que guardem estes pensamentos em uma mochila, e vejam o quanto pesa esta mochila, o quanto sofrimento eles carregam, e este sofrimento é opcional. Pedir que deixem a mochila de lado, e sejam eles mesmos, pessoas únicas.

Atividade 3 (65-80 Minutos)

Fichas de acumulando emoções positivas

O objetivo é fazer com que os participantes caminhem de modo a atingirem uma vida valiosa. Costurar isso com ter uma vida valiosa tendo TDAH e enfrentando as dificuldades de sê-lo.

Ler ficha de acumulando emoções positivas no curto prazo. *“Aumentar as atividades prazerosas no curto prazo é importante para criar felicidade agora, nos fazer sentir-se bem agora. Isso é importante para diminuir a vulnerabilidade imediata” “Menos vulneráveis somos mais capazes de aceitar realidades dolorosas ou gerar mudança.” “isso não significa evitar atividades desconfortáveis” “Faça rotineiramente, pelo menos uma por dia” “Evite pensamentos de ‘não mereço’” “Lembrem-se de estarem mindful nestes momentos”*

Ler ficha de acumulando emoções positivas no longo prazo: pedir que preencham a ficha de tarefa correspondente junto a explicação *“Nosso objetivo aqui é traçar linhas gerais de como ter uma vida valiosa que vale a pena ser vivida”*

1- Evite evitar: *“Acumular momentos que valham a pena ser vividos nem sempre são fáceis, muitas vezes será preciso enfrentar medo, culpa, vergonha, arrependimentos, tristezas, nestes momentos. Os valores vão se acumulando como moedas em um cofre que faz a vida valiosa” “Uma vida valiosa leva tempo e paciência, é uma construção”*

2- Identifique valores: *“temos que usar a mente sábia para ter clareza nos nossos valores para saber o que vale a pena viver” “Seja livre e único, siga os seus valores individuais não o que os outros dizem que é importante”*

3- Aperfeiçoe agora: *“Escolha o valor que é mais importante agora, consulte sua mente sábia e veja o que é importante neste momento”*

4,5,6,7- *“trace uma meta relacionada a este valor. Lembrem-se de criar uma meta possível, dentro do que tu és capaz, para criar o senso de eficácia, de estar conseguindo.” “Pequenas metas que possam ser cumpridas, use a técnica do salame” “Comece agora, não procrastine”*

Feedback final da terapia. (80-120 minutos)

Objetivos:

terapeuta: 1-validar os participantes e seu empenho - citar momentos importantes.

2-motivá-los para continuar melhorando.

participantes: 1- Ter um retorno dos pacientes para otimizar a terapia.

2- Retomar os objetivos, quais eles alcançaram quais não; e como continuar a jornada sem terapia.

APÊNDICE B

Ficha de Avaliação de sessão

Sessão _____ Data _____

1-O quanto estou satisfeito com tarefa de casa dada na sessão anterior?

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

2-O quanto estou satisfeito com os materiais e conteúdos dados na sessão anterior?

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

3-O quanto eu estou satisfeito com o meu esforço para atingir os objetivos traçados em terapia?

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

4-O quanto eu estou motivado para participar da terapia?

(0)Nada Motivado (1)Um pouco Motivado (2)Motivado (3)Muito Motivado

5-O quanto estou satisfeito com o conteúdo que foi trabalhado nesta sessão?

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

6-O quanto estou satisfeito com a relevância desta sessão no tratamento do TDAH?

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

7-O quanto estou satisfeito com os terapeutas em me ajudar a compreender e praticar as habilidades treinadas

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

8-O quanto estou satisfeito com a postura dos terapeutas para que eu fique confortável e motivado em terapia:

(0)Muito Insatisfeito (1)Insatisfeito(2)Satisfeito (3)Muito Satisfeito

Espaço para avaliação da terapia e outros comentários e sugestões:
(sugerimos que cite tanto aspectos positivos quanto aspectos para melhorar)

(Pode ser respondido de maneira anônima)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES TREINADAS

Pode ser respondido anonimamente

Por favor, julgue individualmente cada uma das habilidades treinadas de 0 a 5, julgando a sua utilidade segundo os critérios abaixo. Sendo 0 totalmente inútil e 5 muito útil. o quanto foi útil treinar esta habilidade para te ajudar a ter a vida que tu gostaria. o quanto você considera útil o uso destas habilidades para o tratamento do TDAH. o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida.

Mindfulness (Sessões 1,2 e 3)

[_____] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[_____] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[_____] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Organização e planejamento (Sessão 4)

[_____] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[_____] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[_____] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Análise em cadeia (Sessões 5 e 6)

[_____] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[_____] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[_____] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Regulação Emocional (Sessões 7 e 8)

[_____] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[_____] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[_____] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Manejo de Estresse (Sessão 9)

[] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Habilidade de lidar com Comportamento Aditivo (Sessão 10)

[] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Habilidades interpessoais (Sessão 11)

[] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Depressão e encerramento (Sessão 12)

[] De 0 e 5, o quanto esta habilidade foi útil para te ajudar a ter a vida que gostaria.

[] De 0 e 5, o quanto tu considera esta habilidade útil para o tratamento do TDAH

[] De 0 e 5, o quanto tu te sente preparado para utilizar esta habilidade na tua vida

Se possível justifique:

Após avaliar individualmente as habilidades, como tu julga o tempo e atenção que a terapia separou para o treinamento destas habilidades:

Se possível justifique:

QUESTIONÁRIO NO FINAL DA TERAPIA

Data _____

1. A terapia tem visado especificamente o TDAH:

- Discordo Não sei Concordo
 Discordo totalmente Concordo totalmente

2. Eu sei mais sobre o TDAH agora:

- Discordo Não sei Concordo
 Discordo totalmente Concordo totalmente

3. Posso controlar melhor o TDAH agora:

- Discordo Não sei Concordo
 Discordo totalmente Concordo totalmente

4. Eu tive a oportunidade de apresentar as minhas necessidade em terapia:

- Discordo Não sei Concordo
 Discordo totalmente Concordo totalmente

5. Eu participaria desse tipo de terapia novamente:

- Discordo Não sei Concordo
 Discordo totalmente Concordo totalmente

6. Julgo que O seguinte tópico foi o que MAIS me ajudou?

- Mindfulness*
 Solução de problema (caso e controle)
 Análise comportamental (Análise em cadeia e missing links)
 Regulação Emocional
 Manejo de Estresse
 Comportamento Aditivo/Vício
 Relações Interpessoais
 Depressão e Prevenção

6a. Julgo que os seguintes tópicos TAMBÉM me ajudaram:

- Mindfulness*
 Solução de problema (caso e controle)
 Análise comportamental (Análise em cadeia e missing links)
 Regulação Emocional
 Manejo de Estresse
 Comportamento Aditivo/Vício
 Relações Interpessoais

() Depressão e Prevenção

7. Quais tópicos eu Julgo que foram eficazes em terapia:

() Informação

() Os Exercícios

() O Grupo

() Terapeutas

() outros: _____

8. Minha nota geral para terapia (de 0 = péssimo a 5 = muito bom):

(0) Péssimo

(1)

(2)

(3)

(4)

(5) Muito bom

9. Eu julgo a minha condição geral **ANTES** da terapia como: (exemplo: péssima - excelente)

10. Eu julgo a minha condição geral **APÓS** a terapia como: (exemplo: péssima - excelente)

11. O que poderia ter feito a terapia mais eficaz?

12. O que eu poderia ter feito de forma diferente?

O que mais você gostaria de compartilhar?

* Por favor, verifique se aplicável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Ensaio clínico randomizado com o uso do Grupo de Treinamento de Habilidades da Terapia Dialético Comportamental como tratamento complementar a medicação em adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é medir os efeitos de um treinamento de habilidades em um grupo de adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODAH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O estudo irá analisar os efeitos do treinamento de habilidades e comparar com um grupo de pacientes que não receberá este tratamento, durante o mesmo período de tempo. O treinamento de habilidades em DBT (Terapia Dialético-Comportamental) é uma terapia psicológica de grupo, que tem por objetivo desenvolver capacidades de auto-observação, controle emocional, aprimoramento de relações interpessoais e tolerância ao mal-estar. O objetivo do treinamento de habilidades nesta pesquisa é a melhora na qualidade de vida de pacientes com TDAH.

Portanto, se você aceitar participar da pesquisa você será sorteado para um dos dois grupos:

- Grupo Treinamento de Habilidades em DBT (as sessões do treinamento terão duração de cerca de duas horas cada, e serão realizadas uma vez por semana, durante 14 semanas) ou

- Grupo de Espera (pacientes que terão seus dados coletados no mesmo período de tempo que os pacientes do grupo treinamento, mas que não participarão inicialmente do grupo de treinamento de habilidades. Ao final do período de coleta de dados, todos os pacientes deste grupo que desejarem poderão receber o treinamento de habilidades em DBT).

Antes do sorteio, todos os participantes, tanto do grupo de treinamento como de espera, serão convidados a:

- 1) Autorizar a consulta aos seus dados registrados no banco de pacientes do PRODAH.
- 2) Participar de uma consulta de avaliação onde será realizado um teste com o uso de computador, e aplicados questionários sobre ansiedade, depressão, qualidade de vida e transtorno de déficit de atenção (os questionários serão aplicados antes e após o treinamento).
- 3) Concordar em informar à equipe de pesquisa sobre qualquer alteração na medicação e comprometer-se a não fazer uso de nenhuma droga ilícita durante a participação na pesquisa. Em caso de alteração da medicação o paciente poderá, conforme acordado entre o paciente e a equipe, continuar no grupo de intervenção, sempre atendendo o melhor interesse do paciente.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ressaltamos que todos os participantes do grupo de espera serão convidados a participar do grupo de habilidades após a conclusão da avaliação. O grupo será realizado na mesma instituição, sem custo, nos horários e datas oferecidos pela equipe. Neste caso, a participação no grupo de treinamento de habilidades após o tempo de espera terá caráter apenas de intervenção em saúde, não sendo coletados dados para pesquisa neste segundo momento. O paciente sorteado para o grupo de espera tem o direito de decidir se deseja ou não participar do grupo de habilidades, conforme seu interesse.

Não são conhecidos riscos decorrentes da participação na pesquisa até o momento. Contudo, poderá haver desconforto pelo compromisso em comparecer às sessões do treinamento e às avaliações, o que pode causar algum estresse e ocupar tempo. Existe a possibilidade que durante as sessões os participantes compartilhem informações sigilosas ou sensíveis, porém serão tomadas medidas para que isso seja minimizado. Se recomenda que informações privadas que possam causar algum desconforto sejam evitadas no grupo de treinamento. O participantes também se comprometem a guardar sigilo do que for dito nas sessões.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são a melhora da qualidade de vida e a redução de possíveis prejuízos causados pelos sintomas de TDAH.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável LUÍS AUGUSTO ROHDE, que pode ser encontrado no Ambulatório de Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (zona 7) ou pelo telefone 3359-8094, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 3 de 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 3 de 3