

ARTIGOS**INTERVENÇÃO GRUPAL EM PACIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA****GROUP INTERVENTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME**

Martha Wallig Brusius Ludwig ¹; Catherine Bortolon ²; Marcela Bortolini ³; Raquel de Melo Boff ⁴; Margareth da Silva Oliveira ⁵

1– Psicóloga. Doutoranda (bolsista CAPES) e aluna da Pós-Graduação em Psicologia (PUCRS). Professora da Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões (URI – Campus de Erechim).

2 - Graduanda da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Bolsista de Iniciação Científica BPA PUCRS do Grupo "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva".

3 - Graduanda da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Auxiliar de Pesquisa do Grupo "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva".

4– Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica com ênfase em Psicoterapia Cognitivo-comportamental (UFRGS).

5 - Doutora em Ciências da Saúde (UNIFESP), Pós-Doutorado (UMBC), Coordenadora do Grupo de Pesquisa "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva" do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PUCRS) e Bolsista Produtividade CNPq.

Correspondência: Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva

LABICO - Laboratório de Intervenções Cognitivas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUCRS.

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, sala 927. Bairro Partenon - Porto Alegre/RS - CEP: 90619-900. Telefone: (51) 3320.3500 - ramal 7749

Endereço Eletrônico: marthaludwig@hotmail.com e marga@pucrs.br

Site: <http://www.pucrs.br/psico/pos/labico>

Agradecemos o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Projeto Universal) e a colaboração das colegas

Karen Priscila Del Rio Szupszynski, que foi a terapeuta de um dos grupos, e Elisabeth Meyer da Silva, a qual supervisionou as sessões realizadas. Também informamos a origem deste trabalho, o qual compõe a tese de doutorado da primeira autora, e iniciou-se a partir do convite dos coordenadores iniciais do MERC, Dr. Fabrício Edler Macagnan e Dr. Ana Maria Feoli ao Grupo de Pesquisa "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva".

Resumo

Nos últimos anos tem se observado um aumento de vários dos critérios ligados a Síndrome Metabólica (SM), tais como aumento da hipertensão arterial, obesidade e diabetes. Um dos tratamentos mais indicados para SM é a mudança de estilo de vida (prática de exercício físico e a dieta balanceada), a qual não é facilmente alcançada. Diante disso, o papel do psicólogo pode ser essencial ao trabalhar a motivação para mudança através do Modelo Transteórico de Mudança (MTT). Esse artigo tem como objetivo realizar um relato de experiência de dois grupos que foram submetidos à intervenção grupal baseada no MTT, junto a uma equipe interdisciplinar. Essa intervenção fazia parte do Programa de Mudança de Estilo de Vida para Risco Cardiovascular, teve duração de 6 meses, e contou com voluntários homens e mulheres entre 30 e 59 anos com diagnóstico de SM. A partir de todo o relato, fica evidente que uma intervenção interdisciplinar em busca de resultados quanto à mudança de estilo de vida em pacientes com SM é um método promissor de tratamento e prevenção. Observou-se que a adesão a estilo de vida mais saudável se configura uma mudança complexa, pois abrange uma vasta gama de comportamentos arraigados e relacionados a valores culturais, pessoais e familiares.

Palavras-chave: síndrome metabólica, modelo transteórico, intervenção grupal

Abstract: Over the past year has seen an increase of several criteria linked to metabolic syndrome (MS), such as increased blood pressure, obesity and diabetes. One of the most suitable treatments for MS is the change in lifestyle (physical exercise and balanced diet), which is not easily achieved. Thus, the role of the psychologist may be essential to reinforce motivation to change by the Transtheoretical Model of Change (TTM). This article aims to achieve an experience of two groups that were subjected to an intervention group based on TTM, along with an interdisciplinary team. This intervention was part of the Program for Lifestyle Change to Cardiovascular Risk, lasted six months, and included men and women volunteers between 30 and 59 years diagnosed with MS. From all reports, it is evident that an interdisciplinary intervention in search results on the change of life style and in patients with MS is a promising method for treatment and prevention. It was observed that adherence to healthier lifestyle is shaped a complex change as it covers a wide range of ingrained behaviors and values related to cultural, personal and family.

Key-words: metabolic syndrome, transtheoretical model, group intervention

INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) caracteriza-se por um conjunto de fatores de risco cardiovascular: circunferência abdominal (homens > 102 cm; mulheres > 88 cm), triglicerídeos (≥ 150 mg/dL), HDL colesterol (homens < 40 mg/dL; mulheres < 50 mg/dL), pressão arterial (≥ 130 mmHg ou ≥ 85 mmHg), glicemia de jejum (≥ 110 mg/dL). Há uma importante relação da SM com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade cardiovascular em cerca de 2,5 vezes e a geral em cerca de 1,5 vezes (I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2004, p. 130).

Dentre as doenças mais comuns relacionadas à SM, tem se observado no Brasil uma prevalência da obesidade de 87,5 milhões de habitantes (Guimarães & Ciolac; 2004) e o que mais preocupa é o aumento desta em crianças em idade escolar, em adolescentes e em estratos de baixa renda. Frente a isto, programas de modificação de estilo de vida com adultos que já apresentam SM podem ser multiplicadores de hábitos saudáveis e atuar na prevenção secundária e até mesmo primária da obesidade em crianças e adolescentes. Assim como a obesidade, a Diabetes Mellitus também está sendo considerada um problema de Saúde Pública, com prevalência de 12% na população brasileira, estimada em 2006 (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2006). Outra doença comumente associada aos pacientes com SM é a hipertensão arterial, que segundo dados encontrados pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), a prevalência é de 22,3% a 43,9% em algumas cidades brasileiras.

Entre os principais fatores que contribuem para ocorrência da SM estão a predisposição genética, a alimentação inadequada e a inatividade física, sendo a mudança de estilo de vida uma importante intervenção, somada a medicação sob orientação médica, quando indicado (Primeira Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica- I-DBSM, 2004). De acordo com a I-DBSM (2004), a terapia de primeira escolha para pacientes com SM é a adesão a uma

dieta balanceada associada ao exercício físico. Sharovsky, Perez, Romano, Lopes (2004) mencionam que a iniciativa de aderir a um estilo de vida mais saudável, viabiliza para as pessoas com SM maior disposição, satisfação, e conseqüentemente ganhos no âmbito psicológico. As autoras salientam que o trabalho grupal e multidisciplinar com pacientes com SM possibilita a reflexão dos mesmos sobre os aspectos emocionais envolvidas na não adesão.

Segundo Guimarães e Ciolac (2004), a prática regular de atividades físicas tem sido recomendada para prevenção de doenças relacionadas à Síndrome Metabólica, visto que a melhora no condicionamento físico aumenta a sensibilidade à insulina, diminui os níveis de triglicérides, diminui a pressão arterial e aumenta os níveis de HDL-colesterol (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2006). Além disso, a prática de exercício físico proporciona perda de peso e diminuição do acúmulo de gordura visceral, condições também relacionadas à SM (Lakka et al., 2003).

Tão importante como a adesão à prática de exercício físico, é a aderir a uma dieta balanceada. Não há um padrão dietético específico, o plano alimentar deve ser individualizado e visar principalmente o emagrecimento, ou seja, redução de peso sustentável de 5% a 10% do peso corporal inicial (I-DBSM, 2004). Os cuidados nutricionais adotados também visam o controle da hiperglicemia ou do diabetes, da dislipidemia isolada ou mista e da hipertensão arterial (Ávila, 2004).

Sabe-se da dificuldade que existe em relação à adesão à dieta e ao exercício e neste sentido um trabalho interdisciplinar é indicado a fim de trabalhar questões como educação, motivação pessoal, força de vontade, envolvimento, estabelecimento de metas e equilíbrio emocional (Ávila, 2004). O trabalho em grupo com estes pacientes pode ser uma estratégia eficaz de intervenção na medida em que exerce uma função espelho, que pode ter, por si só, uma função terapêutica (Osório & Zimmerman, 1997). Isto é possível através do sentimento de pertencer a um grupo que apresenta uma problemática semelhante, neste caso a

dificuldade de modificar o estilo de vida. A troca de informações e a possibilidade de perceber maneiras diferentes de solucionar conflitos semelhantes viabilizam o aprendizado e possibilitam o reforço de auto-eficácia.

Especificamente quanto às contribuições do profissional da psicologia junto a esta população, está o trabalho de incremento da auto-eficácia, que, segundo Bandura (2004), refere-se às crenças na capacidade de realizar determinada tarefa, o conhecimento dos riscos e benefícios da saúde, além das expectativas de resultado, as quais afetam diretamente o comportamento de saúde e funcionam como fonte de motivação para a mudança.

Dentre as intervenções psicológicas que trabalham a motivação, o Modelo Transteórico de Motivação para Mudança de Comportamento (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) configura-se uma alternativa adequada. Segundo este modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Cada estágio demonstra quando a mudança ocorre e qual o grau de motivação do indivíduo para realizá-la, ou seja, representam a dimensão temporal da mudança de comportamento (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988; Toral & Slater, 2007; Szupszynski & Oliveira, 2008).

O primeiro estágio de mudança, segundo os autores, é caracterizado por indivíduos que não consideram a possibilidade de mudança e estão satisfeitos com a condição atual. A passagem para o estágio seguinte se dá quando o indivíduo torna-se consciente e preocupado com as conseqüências do comportamento atual e assim passa a refletir sobre uma possível mudança. Esse segundo estágio, caracterizado pela reflexão chama-se Contemplação. Neste estágio o indivíduo se encontra ambivalente entre manter um padrão de comportamento ou mudar para outro. Se o indivíduo opta pela mudança, passa para o estágio de Preparação, que

implica no desenvolvimento de um plano de ação e comprometimento com o mesmo. A implementação do plano representa o estágio de Ação, no qual o indivíduo engaja-se em um novo comportamento. Conforme esse novo comportamento se mantém ao longo do tempo, o sujeito entra no estágio de manutenção (mínimo 6 meses), onde o comportamento torna-se automático, ou seja, um padrão habitual (Diclemente, 2003).

Segundo DiClemente (2003), o processo de mudança não é linear, mas acontece em espiral, ou seja, os estágios não são progressivos, de forma que é possível o indivíduo circular entre eles. As recaídas são consideradas parte do processo, e o esclarecimento disto para os pacientes pode ajudá-los a livrar-se do sentimento de fracasso, melhorando sua auto-eficácia. É possível recair e retornar ao estágio de ação, não necessariamente precisando passar pelos estágios iniciais novamente.

Além dos estágios de mudança, Prochaska e DiClemente (1992) também identificam 10 processos específicos de mudança. Os processos de mudança e ajudam os clientes a transitarem de um estágio para outro, facilitando a mudança de comportamento (Velicer, Rossi, Prochaska, Diclemente, 1996; Velásquez, Maurer, Crouch e Diclemente, 2001; Williams e Streat, 2002). Esses processos são divididos em dois grupos, sendo o primeiro relacionado a processos experienciais e o segundo aos processos comportamentais. Os processos experienciais, quais sejam, o aumento da consciência, o alívio emocional, a auto-reavaliação, a reavaliação circundante e a deliberação social, focam nos processos cognitivos e estão relacionados aos estágios iniciais. Já os processos comportamentais, condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de reforçamento, auto-deliberação e relações de ajuda, focam a atenção na ação e no comportamento e são mais importantes nos estágios finais.

Desta forma, os estágios de mudança representam uma dimensão temporal que nos permite entender *quando* as mudanças acontecem e os processos expressam *como* elas ocorrem (Prochaska, Diclemente e Norcross 1992).

Frente ao referencial teórico exposto, o objetivo do presente artigo é realizar um relato de experiência de uma intervenção baseada no Modelo Transteórico de Mudança e aplicada a dois grupos de pacientes com Síndrome Metabólica (SM). Os grupos observados fazem parte de um projeto maior, desenvolvido no grupo Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, e compõe o projeto piloto da tese de doutorado da primeira autora.

METODOLOGIA

O Projeto de Mudança de Estilo de Vida para Risco Cardiovascular (MERC) é uma parceria entre as Faculdades de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e visa auxiliar pacientes na adesão à dieta e ao exercício e a conseqüente redução dos critérios da SM e dos riscos cardiovasculares. Este projeto iniciou no grupo de pesquisa MERC e desde 2009 conta com a colaboração do Grupo de avaliação e tratamento em Psicoterapia Cognitiva. O presente artigo representa um recorte deste projeto maior, relatando somente a experiência de intervenção grupal junto aos pacientes.

Os participantes tiveram conhecimento da pesquisa através de um anúncio de jornal e foram selecionados somente aqueles que preenchessem os critérios que compõe a SM. Foram incluídos no estudo homens e mulheres entre 30 e 59 anos de idade, sem presença de prejuízos cognitivos significativos, avaliados através do Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein e McHugh, 1975). Também não foram incluídos pacientes que apresentassem contra-indicação absoluta para exercício físico por problemas músculo-esqueléticos, neurológicos, vasculares

(claudicação intermitente), pulmonares e cardíacos, pois outra modalidade de intervenção do projeto previa condicionamento físico na esteira junto à fisioterapia.

Dentre os tratamentos propostos pela pesquisa, a intervenção grupal se caracterizou por encontros semanais de 1 hora e meia nos primeiros três meses, e encontros quinzenais nos demais três meses. Os grupos eram coordenados por um psicólogo e acompanhado por profissionais da área de nutrição e fisioterapia, além de um observador da equipe de psicologia em cada grupo. Foram realizados dois grupos simultaneamente, sendo um deles composto por 7 participantes, e outro por 9 participantes.

Os trinta minutos iniciais do grupo eram destinados a palestras informativas realizadas pela equipe da nutrição, fisioterapia, enfermagem ou farmácia. Posteriormente o profissional da psicologia assumia a coordenação do grupo utilizando-se do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento como método de intervenção, visando trabalhar a motivação e a adesão a uma dieta balanceada e ao exercício físico. As sessões trabalharam a motivação em pacientes nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação.

Ao longo dos seis meses de intervenção foram observados 2 grupos com os quais se realizou 18 encontros. Destes encontros, 16 foram realizados conforme a metodologia acima descrita. Os outros dois encontros ficaram sob coordenação da nutrição e da fisioterapia, por serem oficinas na cozinha e nas esteiras, respectivamente. As 16 sessões coordenadas pela psicologia foram baseadas no manual de Velásquez et al (2001), originalmente desenvolvido para o tratamento da dependência química, em processo de adaptação para síndrome metabólica por Ludwig e Oliveira (manual ainda não publicado) mediante autorização dos autores. Os coordenadores dos grupos foram treinados no Modelo Transteórico a partir do manual adaptado.

Desta forma, as sessões para modificação do estilo de vida tiveram como comportamentos problema abordados a má alimentação e o sedentarismo. Todas

as sessões tinham um processo de mudança a ser trabalhado, objetivos a serem alcançados em relação a estes processos, assim como roteiro e estrutura pré-definidos. O manual prevê materiais didáticos e folhas de exercício a fim de atingir estes objetivos, os quais também foram adaptados para os comportamentos problema que envolvem a SM.

Primeiro Encontro

O primeiro encontro iniciou com uma palestra que teve como objetivo esclarecer aos participantes o que é a SM e suas implicações. A segunda parte, baseada no modelo Transteórico (MTT) teve como objetivo a ampliação da consciência através da explicação dos cinco estágios de mudança, os quais foram abordados através de materiais didáticos que explicavam cada estágio motivacional e num segundo momento solicitou-se aos participantes que identificassem o estágio em que se encontravam em relação à dieta e ao exercício físico. Além disso, foi um momento em que os voluntários puderam se apresentar e dividir com o grupo as suas dificuldades, expectativas e metas para o programa. Foram seis participantes no grupo 1 e oito no grupo 2. Após as apresentações os voluntários trouxeram suas principais dificuldades, sendo elas tanto relacionadas à má alimentação como ao sedentarismo. Entretanto, notou-se que os participantes deram maior foco às dificuldades com a alimentação, visto que este comportamento está ligado a questões sociais (Exemplo: churrasco com os amigos), financeiras (Exemplo: elevado custo das comidas consideradas mais saudáveis), ocupacionais (Exemplo: fazer refeições fora de casa) e psicológicas (Exemplo: ansiedade). Em relação ao exercício físico, os participantes relataram que suas principais dificuldades deviam-se à falta de tempo, à preguiça, ou ao fato de não gostarem de realizar exercício físico.

Segundo Encontro

Inicialmente a nutrição trabalhou no sentido de educar os participantes a perceber seus sentimentos antes, durante e depois das refeições, entregando um registro no qual os participantes deveriam escolher um dia para registrar o que comeram e os sentimentos associados. Assim como no primeiro encontro a sessão baseada no MTT teve como objetivo a ampliação da consciência através do registro de um dia comum em relação aos hábitos alimentares e relacionados à atividade física. Para este fim foi solicitado que o grupo relatasse seus hábitos alimentares e sua rotina de atividades físicas de um dia típico. Além disso, foi solicitado que os participantes compartilhassem em que estágio motivacional se encontravam em relação a cada um dos comportamentos problema. Tanto no grupo 1 quanto no grupo 2 os participantes se encontravam em sua maioria no estágio motivacional de preparação em relação à alimentação, pois apesar de estarem se alimentando de forma inadequada, estavam planejando possíveis mudanças. Os participantes trouxeram como principais dificuldades a falta de controle em relação à quantidade, ao hábito de não realizar as cinco refeições diárias mínimas, e o consumo de açúcar. Novamente observou-se que falaram pouco da prática de exercício físico. No total de 10 participantes que compareceram, cinco em cada grupo, somente dois referiram as dificuldades na realização do exercício físico e os demais apenas mencionaram suas dificuldades com relação à alimentação. Nessa sessão também foi relatada a influência dos familiares acerca de sua alimentação.

Terceiro Encontro

Na palestra a nutricionista retomou os registros alimentares que os participantes realizaram durante a semana. Nesta sessão as psicólogas trabalharam com *feedback* dos resultados dos exames físicos e psicológicos, obtidos a partir da avaliação feita antes do início das intervenções. Faziam parte do *feedback* os resultados da circunferência abdominal, HDL colesterol, triglicérides, glicose em jejum, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade, nível de estresse e estágio

motivacional. Essa sessão teve como objetivo aumentar a consciência dos participantes sobre a sua saúde física e psicológica e a relação desta com seus hábitos alimentares e sedentarismo. Foi discutida a relação dos sintomas de estresse e ansiedade e de sentimentos como tristeza, vergonha e culpa principalmente com o ato de comer. Com relação ao exercício físico, os participantes trouxeram queixas de cansaço e preguiça como os principais fatores para o sedentarismo.

Quarto Encontro

A fisioterapia inicialmente trabalhou os benefícios do exercício e ensinou aos participantes como medir a frequência cardíaca a fim de que eles aprendessem a se exercitar na frequência cardíaca ideal para alcançar um condicionamento físico. A psicologia retomou os *feedbacks* psicológicos e fisiológicos. Em ambos os grupos os voluntários trouxeram mudanças obtidas em relação à alimentação, com exceção de alguns participantes que relataram dificuldades como, por exemplo, na quantidade de comida que costumam ingerir, principalmente aqueles que pararam de fumar. Observou-se maior dificuldade de mudança de comportamento com relação à adesão a prática regular de exercício físico. Os voluntários pareceram estar na fase de preparação para o exercício físico, pois relataram estar fazendo planos de iniciá-lo como, por exemplo, haver comprado uma esteira, mas ainda não ter começado a usá-la.

Quinto Encontro

Neste encontro a palestra inicial contou com a participação de um voluntário que fez parte da primeira versão do Programa de Mudança de Estilo de Vida para Risco Cardiovascular (MERC I). Ele abordou a sua trajetória no programa, suas dificuldades e os benefícios obtidos. A sessão com a psicologia teve como objetivo trabalhar as expectativas e crenças sobre o mau hábito alimentar e o sedentarismo e sua influência na manutenção desses comportamentos. Para alcançar o objetivo

proposto foi entregue aos participantes um material, no qual deveriam descrever as suas expectativas. Tanto no grupo 1 quanto no grupo 2 os voluntários direcionaram a discussão das suas expectativas quanto ao mau hábito alimentar. No grupo 1 foi trabalhado que embora os participantes depositem muitas expectativas em relação ao programa, as mudanças a serem realizadas dependeriam deles mesmos. No grupo 2, o grupo não conseguiu manter o foco da sessão, de modo que os voluntários explicitaram mais as mudanças conquistadas e as dificuldades encontradas frente às mesmas, do que propriamente na proposta.

Sexto Encontro

Neste dia a nutricionista trabalhou os dez passos de uma alimentação saudável. A psicologia enfocou os processos de auto-reavaliação e alívio emocional, através da identificação e registro das pessoas do convívio que se mostravam preocupadas com a má alimentação e o sedentarismo dos pacientes, a fim de estimular os mesmos a obterem maior consciência sobre as suas próprias preocupações. No grupo 1 os voluntários mencionaram o quanto os familiares e os amigos demonstram preocupações quando eles deixam de caminhar e quando se alimentam de forma não saudável e que mesmo frente a isso é muito difícil mudar o estilo de vida. O grupo também discutiu que a dificuldade de adesão a um estilo de vida mais saudável está relacionada à ansiedade e às preocupações. O grupo 2 referiu principalmente os históricos familiares de doenças relacionadas à Síndrome Metabólica, o que pareceu contribuir para o aumento da consciência destes pacientes quanto à gravidade dos problemas e à necessidade de mudança. A coesão do grupo facilitou a expressão desses relatos carregados de sentimento e possibilitou que interagissem com conselhos.

Sétimo Encontro

A equipe da farmácia trouxe dados sobre as medicações usadas para problemas fisiológicos e psicológicos, ressaltando a importância da adesão ao tratamento

medicamentoso. Por meio de folhas de exercício, a psicologia abordou o que os participantes mais valorizavam em suas vidas, a fim de que identificassem as discrepâncias entre os mesmos e seu comportamento atual. Nessa sessão ambos os grupos se mobilizaram, pois passaram a questionar o porquê da não adesão a um estilo de vida mais saudável, visto que a saúde era um dos valores mais importantes para eles. Os voluntários discutiram esses porquês e viram que a ansiedade, a falta de tempo, as prováveis dores que sentem são desmotivadores. Apesar de explicitarem esses motivos, ambos os grupos trabalharam no sentido de ver soluções frente a esses problemas que impediam a adesão a uma adequada alimentação e a prática de exercício físico.

Oitavo Encontro

A nutricionista trabalhou a importância do uso adequado do sal e ensinou outros temperos que podem ser usados para substituí-lo. Com o objetivo de trabalhar os processos de auto-avaliação e aumento da consciência, a psicologia convidou o grupo a identificar os prós e contras da sua má alimentação e do sedentarismo. O grupo 1 teve como foco a baixa auto-estima e a consequência desta na má alimentação e na falta de adesão ao exercício físico. Abordaram que mesmo estando com muitos problemas de saúde relacionados ao aumento de peso, isso não os motiva para a mudança, "Será que a gente gosta da gente?" (sic). O grupo 2 apresentou algumas dificuldades no preenchimento dos pontos positivos da má alimentação, porém diante dessa dificuldade observou-se que os voluntários realmente refletiram sobre os ganhos e os prejuízos do hábito alimentar que vêm tendo e os porquês de ainda manterem certos comportamentos mesmo sabendo que lhes fazem mal.

Nono Encontro

O nono encontro foi designado ao laboratório da nutrição, onde os participantes puderam aprender receitas mais saudáveis.

Décimo Encontro

No décimo encontro a palestra ficou sob responsabilidade da fisioterapia, que abordou quais sinais e sintomas mais comuns podem ocorrer durante o exercício físico, além de explicar a maneira correta de fazer alongamento. A psicologia abordou a questão de como os comportamentos influenciam nos relacionamentos. Para focar este tema foi entregue o material didático "Meus relacionamentos". No grupo 1 os voluntários falaram das influências que as pessoas têm nos hábitos alimentares, seja pelas dificuldades de relacionamento que geram ansiedade, seja pelo hábito da sociedade de precisar comer em qualquer ocasião social. No grupo 2 os voluntários conseguiram compartilhar como seus relacionamentos mudaram a partir de suas mudanças na saúde, ou seja, alguns familiares criticando-os, outros os elogiando ou ainda compartilhando das mesmas mudanças. Os voluntários também relataram melhoras nos relacionamentos, pois os familiares deixaram de criticar seus maus hábitos de saúde, já que agora estavam se cuidando mais.

Décimo Primeiro Encontro

A palestra deste encontro teve o tema das gorduras trans e da diferença entre produtos *light* e *diet* abordado pela nutricionista, a qual ensinou ao grupo como fazer a leitura de rótulos de embalagens. Pelas psicólogas foi trabalhado de que forma o estilo de vida não saudável do indivíduo pode interferir nos papéis que ele desempenha na vida, ou seja, os papéis de pai, irmão, amigo, entre outros. Entregou-se a folha de exercício "Chapéus", no qual os pacientes deveriam colocar abaixo de cada chapéu um papel que desempenhava na sua vida. No grupo 1 os voluntários falaram que possuem vários papéis na sua vida diária, de mãe, filha, amiga, aluna, e do quanto esperam atingir as expectativas das pessoas que as fazem ter essas posições. Os voluntários mencionaram decepcionar os familiares quando se alimentam de forma inadequada, assim como a psicóloga que estava coordenando o encontro. No grupo 2 houve grande mobilização com as histórias

dos relacionamentos familiares trazidos, e a partir dessa discussão falou-se de como os papéis influenciam no próprio comportamento e nos dos outros.

Décimo Segundo Encontro

Na décima segunda palestra a fisioterapia conversou com o grupo e perguntou quem estava realizando exercício físico, com o objetivo de auxiliar na adequação dessa prática e esclarecer dúvidas. A psicologia abordou o conceito de auto-eficácia, ou seja, a percepção que a pessoa tem na sua capacidade de chegar a um resultado com sucesso (Bandura, 1997). Além disso, ajudou o grupo a identificar quais eram as situações de maior risco para sair da dieta ou deixar de se exercitar. Nessa sessão foi entregue a folha de exercício "As situações mais tentadoras para eu sair da dieta são..."; As situações mais tentadoras para não fazer exercício são...". No grupo 1 falou-se sobre as tentações que os voluntários sofrem para comer alimentos fora da dieta nas situações sociais, principalmente em bares e em restaurantes que oferecem *buffet*. Nessa sessão os voluntários ficaram muito focados na folha de exercício, e na conseqüente discussão do que os tenta para recair e os motiva para continuar aderindo a um estilo de vida melhor. No grupo 2 os voluntários referiram estar caminhando, e de como essas mudanças no estilo de vida estão influenciando positivamente suas famílias.

Décimo Terceiro Encontro

Na décima terceira palestra o grupo iniciou com a fisioterapia trazendo os resultados do MERC I, isto é, os efeitos da mudança de estilo de vida sobre os critérios que compõe a Síndrome Metabólica. A psicologia ensinou ao grupo a técnica de resolução de problemas, que consiste em inicialmente gerar idéias de como resolver os problemas, depois ver os prós e contras de cada alternativa ao invés de "descontar suas frustrações", por exemplo, na comida. Foi entregue ao grupo a folha de exercício "Escolhendo uma solução". No grupo 1 apenas uma voluntária compareceu, trabalhando-se exclusivamente com ela possíveis soluções

frente às recaídas alimentares que vinha tendo em determinadas situações. Assim como no grupo 1, o grupo 2 também enfocou a solução de problemas para a dieta. Apesar de em ambos os grupos os voluntários terem aderido à tarefa, nota-se que freqüentemente mudam o foco e conversam sobre mudanças que têm alcançado, principalmente com relação à comida, assunto muito comum em todas as sessões, independente da tarefa proposta.

Décimo Quarto Encontro

O décimo quarto encontro foi reservado para fisioterapia que levou o grupo à sala das esteiras, onde eles puderam caminhar, fazer alongamentos, além de retomar a importância do controle da frequência cardíaca.

Décimo Quinto Encontro

Neste encontro foi trabalhada a devolução dos resultados das avaliações realizadas aos 3 meses de intervenção. Os dois grupos trouxeram dúvidas com relação aos resultados das mesmas, sendo que o grupo 2 trouxe principalmente dúvidas quanto às avaliações realizadas na esteira. Questionaram sobre o que significavam os resultados e a fisioterapia esclareceu que o nível de VO₂ estava relacionado ao condicionamento físico. Os pacientes mostraram-se desmotivados frente a esta informação, referindo que as caminhadas que vinham realizando não estavam suscitando mudanças no seu condicionamento. A equipe buscou motivá-los valorizando as mudanças realizadas, que os pequenos passos fazem parte da mesma, e que o foco deles deve ser na saúde, não devendo se preocupar com os resultados da pesquisa. Os grupos também referiram que muitas de suas mudanças estão sendo compartilhadas pelos seus familiares. Como habitualmente ocorria, o foco do grupo 2 foi nas mudanças alimentares.

Décimo Sexto Encontro

A nutrição explicou aos pacientes sobre a síntese da glicose, a diferença entre diabetes tipo I e tipo II e também o conceito de índice glicêmico. A proposta da psicologia foi estabelecer junto aos pacientes um objetivo e prepará-los para mudança. O grupo 2 mostrou-se ainda mobilizado com a devolução dos exames realizada na sessão anterior. Ambos os grupos se mobilizaram com a discussão sobre diabetes, principalmente aqueles que apresentavam este diagnóstico. Apesar de não ser a proposta, o grupo 2 seguiu trabalhando com a folha de exercício de solução de problemas. Nessa sessão os participantes falaram também sobre o exercício físico e não somente sobre a alimentação, pensando soluções para seus problemas com o sedentarismo e a má alimentação. O grupo 1 seguiu o protocolo e discutiu a formação de objetivos para alcançar mudanças na alimentação e na prática de exercício físico, elaborando um plano para as mesmas.

Décimo Sétimo Encontro

A nutrição abordou a importância da presença de fibras na alimentação diária dos pacientes. A psicologia revisou os tópicos já vistos durante o curso do grupo a fim de auxiliar os voluntários a pensar em todos os encontros com o intuito de discutir os progressos que tiveram em relação à mudança do estilo de vida.

Décimo Oitavo Encontro

O último encontro foi reservado para o esclarecimento de dúvidas com a equipe. A psicologia trabalhou as mudanças e os progressos obtidos pelos membros do grupo ao longo dos seis meses e por fim, a importância da manutenção das mudanças obtidas. Foram retomadas as mudanças que cada um conseguiu, assim como aquilo que foi mais marcante para cada voluntário. No grupo 1 os voluntários falaram que a palestra dos rótulos das embalagens foi muito informativa e importante para a dieta. Também salientaram a importância de entender o quanto os pensamentos influenciam na emoção e no comportamento, de modo a

influenciar nos estágios motivacionais, principalmente levando à recaída. Os voluntários apontaram a forte coesão que houve e a saudade que sentirão do grupo. No grupo 2 foram retomadas as mudanças conquistadas por cada um e como se observaram ao longo do tratamento. O grupo também se mobilizou, falando do bom relacionamento estabelecido, do senso de pertença e da grande adesão aos objetivos propostos.

DISCUSSÃO

Segundo Bieling e colaboradores (2008) um aspecto muito importante na implementação de um grupo é a seleção dos participantes, visto que os mesmos podem ter impacto significativo na experiência grupal. Nos grupos mencionados, percebe-se que a seleção criteriosa dos pacientes e a homogeneidade do mesmo, por ser composto por indivíduos com diagnóstico de SM, mobilizados para modificar o estilo de vida, com estágios de mudança aproximados, propiciaram uma maior coesão entre o grupo e uma satisfatória implementação do protocolo de intervenção.

Corroborando com essa premissa, Guanaes e Japur (2001) enfatizam que a homogeneidade é indicada a fim de diminuir o risco de abandono do tratamento, contribuindo para coesão grupal, aspecto fundamental no estabelecimento de comportamentos voltados para mudança. Confirmando o que foi encontrado na literatura, observou-se nos grupos uma boa integração dos participantes, visto que tinham um foco semelhante em suas discussões, principalmente no que referia estratégias de mudança nos hábitos alimentares.

Outro importante aspecto para o sucesso do tratamento de grupos breves é a postulação de objetivos específicos e em comum que sejam alcançáveis pelos membros (Guanes e Japur, 2001). Neste sentido, pode-se dizer que os resultados positivos obtidos com o MTT de intervenção nos grupos relatados se devem também ao fato dos membros terem clareza dos objetivos iniciais do tratamento.

Sabe-se que para que uma mudança seja alcançada, é necessário que o indivíduo cumpra determinadas tarefas. Complementando essa idéia, Bechelli e Santos (2005), preconizam que o cliente é o agente principal de mudança, visto que é ele que vivencia e implementa o processo de mudança. Este aspecto foi constatado pelas psicoterapeutas dos grupos através do relato dos pacientes que se engajaram na realização de tarefas práticas como: diminuição do consumo de óleo no preparo dos alimentos; diminuição de consumo do sal; matrícula em academia ou hidroginástica; diminuição da quantidade de alimento ingerida; entre outras. Estes comportamentos revelam ainda uma evolução ao estágio de ação no qual os processos de mudança comportamentais começam a acontecer.

De acordo com Bieling e colaboradores (2008) "o grupo" interage com cada membro e essas interações propiciam uma oportunidade de aprendizado e troca de informações. Nos grupos aqui referidos, cada participante pode identificar-se com situações trazidas pelos demais, o que evocou recordações de experiências passadas, situações atuais ou conflitos. Segundo Bechelli e Santos (2005), a troca de experiências num espaço grupal possibilita ao paciente uma auto-avaliação, levando-o a observar seus comportamentos, opiniões, sentimentos e estados emocionais.

Nos grupos, percebeu-se que os voluntários tiveram muitas trocas, principalmente no que se refere a sugestões de como mudar comportamentos, compartilhando experiências de fracasso e sucesso. A possibilidade de acesso a informações prestadas pela nutrição, fisioterapia, farmácia e enfermagem através das palestras, estimulou ainda mais o grupo a compartilhar experiências.

Observou-se que muitas das mudanças alcançadas pelos participantes ocorreram a partir desses novos conhecimentos. Yalom (1995) descreve a instrução didática como uma forma de educar o grupo acerca do problema particular, o que se constitui uma fonte de mudança. Ainda, Caballo (2007) acredita que uma intervenção psicoeducativa pode contribuir para corrigir comportamentos mal

adaptativos, mas para tanto é necessário tornar a informação fonte de aprendizado. Isto foi possível a partir do modelo de intervenção proposto com um trabalho adequado a cada estágio e processo de mudança a ser desenvolvido.

Para Bechelli e Santos (2005), as características pessoais e interpessoais do paciente influenciam no andamento do grupo. Constatou-se esta premissa através dos papéis que cada membro assumiu nos grupos relatados. Observou-se que alguns participantes assumiram posturas mais ativas ao se posicionarem, colocando suas opiniões e por vezes dominando o espaço grupal. Desta forma, alguns membros passaram a ser admirados pelos demais, por ora até competindo com o psicoterapeuta na condução do grupo. Outros voluntários adotaram papéis de mediadores e de altruístas, mostrando-se preocupados em ajudar e confortar os participantes que traziam conflitos. Ainda houve aqueles que adotaram uma conduta mais passiva, isto é, permanecendo silentes durante praticamente todo o encontro.

Um aspecto importante que o grupo revelou ao longo das sessões foi a pressão e a influência social e familiar como sendo os causadores de seus lapsos e da não adesão a um estilo de vida mais saudável. Ao contrário do comportamento de usar drogas (proposta original deste modelo de intervenção), o comportamento alimentar agrega pessoas e amplia o convívio social. Em determinadas culturas, o alimento representa sentimentos de hospitalidade e aceitação (Toral & Slater, 2007). Neste sentido, os participantes sentiam-se vulneráveis a situações sociais como aniversários, reuniões familiares, etc.

Ainda, alguns participantes referiam como explicação para suas recaídas as doenças familiares, fatores genéticos, hábitos familiares e principalmente queixas dos cônjuges e filhos. Estas constatações vêm ao encontro das idéias de Bechelli e Santos (2005) de que o participante, por vezes, assume uma postura de vítima de fatores biológicos, familiares ou sociais, não assumindo a responsabilidade por seus comportamentos e processo de mudança. Estes autores apontam que algumas

dificuldades ou comportamentos inapropriados no grupo podem estar relacionados com a bagagem social, familiar, sistema de crenças, valores e distorções que os voluntários possuem.

Outro fator que pode ser relacionada à recaída, ou a não adesão ao tratamento, é a pressão por parte dos familiares ou do terapeuta, que pode provocar o que o autor Brehm (1966, citado por Miller e Rollnick, 2001) chama de reatância psicológica. Em situações em que a pessoa sente que sua liberdade pessoal está reduzida, que está sendo acusada de possuir uma característica indesejável, ou ainda dizem-lhe que deveria ou não pode fazer algo, ela pode ficar resistente a mudança (Miller e Rollnick, 2001). Em outras palavras, diante de conselhos coercivos por parte do terapeuta ou familiar ou ainda diante da tentativa de obrigar o indivíduo a mudar, este pode se opor a idéia, negando-se a mudar de comportamento. Em algumas situações dentro do grupo foi observado que quando a equipe tentava incessantemente dar sugestões aos pacientes de como poderiam resolver seus problemas com a alimentação e o sedentarismo, muitos deles se tornavam resistentes e até agressivos.

Estas atitudes coercitivas e/ou prescritivas ocorriam principalmente por parte da nutrição e da fisioterapia, por estarem num processo de familiarização com os estágios do modelo transteórico e com a forma de abordar a mudança por meio da entrevista motivacional. Isto pode ser ilustrado através de um momento de um dos grupos, em que uma participante falava sobre a dificuldade de parar a ingestão de balas de hortelã, referindo que sabia não fazer bem para sua saúde, mas que não conseguia imaginar-se sem as balas. O relato da paciente deixava clara a sua ambivalência. A colega da fisioterapia sugeriu que a paciente fosse parando aos poucos, que pré-definisse quantas balas comeria a cada dia e fosse reduzindo até cessar. A nutricionista também realizou uma intervenção prescritiva, e a posição da paciente foi resistir à mudança.

Situações como esta foram discutidas em equipe, a fim de que a linguagem e as intervenções fossem ficando cada vez mais homogêneas, e que os demais membros da equipe entendessem a intervenção realizada pela psicologia.

Em relação à desistência e a não adesão ao protocolo de tratamento, foram observadas algumas questões que influenciaram: como a distância da residência ao local de realização da pesquisa, a carga horária de trabalho e falta de recursos financeiros explicando as desistências, e as queixas familiares (P.Ex: "agora a comida ficou sem gosto aqui em casa" - sic) dificultando a adesão a uma dieta balanceada. Esses fatores também são encontrados na literatura como as principais razões de desistência do processo psicoterápico, assim como a presença de apoio social, nível educacional e raça (Benetti e Cunha, 2008). Cabe ressaltar que outro aspecto que pareceu influenciar na menor adesão aos encontros foi a frequência das sessões que inicialmente eram semanais e após 3 meses passaram a ser quinzenais, período em que houve um maior número de faltas.

Ao final dos encontros ficou clara a evolução dos voluntários que seguiram o tratamento até seu término. Os participantes, a partir dos seus relatos e comportamentos explicitados, revelaram uma evolução no que se refere aos estágios de mudança. Em outras palavras, grande parte deles iniciou o programa nos estágios iniciais de mudança, pré-contemplação e contemplação, e ao longo do processo passaram para o estágio de preparação e, para alguns comportamentos, para o estágio de ação.

No que tange a uma dieta balanceada, observou-se que para alguns comportamentos os membros passaram para o estágio de ação e para outros chegaram somente a preparação ou ainda permaneceram na contemplação ou até mesmo na pré-contemplação. Exemplificando, pode-se referir um participante que diminuiu o consumo de refrigerante (ação), passou a ingerir café da manhã (ação), mas não conseguiu abdicar de seu hábito de consumir diversas balas ao longo do dia (contemplação).

Neste sentido, cabe lembrar que a intervenção prevê o incremento da auto-eficácia, “fator chave para o sucesso da mudança e o aumento da confiança” (Velásquez, Maurer, Crouch, Diclemente, 2001, p.10) e que em casos como este os sucessos alcançados pelo paciente devem ser lembrados a fim de que acreditem na sua capacidade de mudança e tenham maiores chances de obtê-la mesmo para as mudanças mais difíceis.

A partir de todo o relato, fica evidente que uma intervenção interdisciplinar em busca de resultados quanto à mudança de estilo e vida em pacientes com SM é um método promissor de tratamento e prevenção. As diferentes áreas da saúde se complementam quanto ao olhar sobre o paciente e, embasadas pelo Modelo Transteórico de Mudança, buscam níveis de motivação para mudança a fim de modificar comportamentos, reduzir critérios para SM e, conseqüentemente, os riscos cardiovasculares.

A partir da experiência com estes grupos, foi possível refletir sobre a amplitude de uma mudança de estilo de vida diante dos diversos fatores que podem vir a influenciar. Pudemos observar que a adesão a um estilo de vida mais saudável na síndrome metabólica talvez se configure como uma mudança complexa, visto que abrange uma vasta gama de comportamentos arraigados e relacionados a valores culturais, pessoais e familiares, assim como mudanças que podem ocorrer na vida do paciente ao longo do tratamento.

Mesmo o protocolo preconizando que a mudança de estilo de vida implica na prática de exercício físico três vezes por semana e numa alimentação saudável, e que nem todos os pacientes tenham mudado suficientemente a ponto de estar assim caracterizados, eles conquistaram uma melhora no estilo de vida. As mudanças alcançadas ficaram claras nos relatos dos pacientes ao final dos encontros, em que se diziam satisfeitos pelas diversas pequenas mudanças, que contemplavam modificar hábitos alimentares, como reduzir a quantidade de

alimentos ingeridos, ter uma maior conscientização da necessidade de mudanças para o próprio bem estar, iniciar algum exercício físico, dentre outras.

Apesar das mudanças parecerem pequenas diante da gama de comportamentos que envolviam o projeto, percebeu-se que, para os participantes, estas foram grandes conquistas, e isto foi parabenizado e reforçado pela equipe.

REFERÊNCIAS

Ávila, A.L.V.E. (2004). Tratamento não-farmacológico da síndrome metabólica: abordagem do nutricionista. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 14 (4).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.

Bechelli, L. P. de C.; Santos, M. A. (2005) O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 13(1).

Benetti, S. P. C.; Cunha, T. R. S. (2008) Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2).

Bieling, P. J., McCabe, R. E., Antony, M. M., et al. (2008) *Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed.

Caballo, V. E. (2007). *Manual de Técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.

DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133-142.

Diclemente, C. (2003). O processo de mudança intencional do comportamento humano. In: *Addiction and Change: how addictions develop and addicts people recover* (pp.22-43). New York: Guildford.

I Diretriz Brasileira para diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. (2004). *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(4), 121-163.

Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 134-40.

Guimarães, G.V. & Ciolac, E.G. (2004). Síndrome Metabólica: abordagem do educador físico. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 14_(4).

Miller, W. R., Rollnick, S. (2001) *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2006). V *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial* - Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/vdiretriz.asp>

Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; Mchugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Guimarães, G.V.; Ciolac, E.G. (2004). Síndrome Metabólica: abordagem do educador físico. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Estado de São Paulo, 14 (4).

Lakka, T. A., Laaksonen, D. E., Lakka, H. M., Mannikko, N., Niskanen, L. K., Rauramaa, R., Salonen J. T. (2003) Sedentary Lifestyle, Poor Cardiorespiratory Fitness, And The Metabolic Syndrome. *Med Sci Sports Exercise*, 35 (8), 1279 – 1286.

Prochaska, J. O; Diclemente, C. C; Norcross. (1992). In Search of People Change. *American Psychologist*. 47 (9), 1102-11014.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., (1983). Stage and processes of self change of smoking: toward and integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 390–395.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Osório, L. C., Zimerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre, Artmed.

Perez, G.H; Romano, B.W. (2004). Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 14 (4).

Sharovsky, L.L.; Perez, G.H.; Romano, B.W.; Lopes, H.F. (2004). A psicoterapia de grupo em pacientes portadores de síndrome metabólica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 14 (4).

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2006). *Síndrome Metabólica: Tratamento Não Farmacológico para Redução de Risco Cardiovascular*. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Szupszynski, K. P. D. R & Oliveira, M. S. (2008) O Modelo Transteórico no tratamento da Dependência Química. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 10_(1), 162-173.

Toral N, Slater B. (2007). Abordagem do modelo Transteórico no comportamento alimentar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12,1641-1650.

Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of- change therapy manual*. New York: Guilford Press.

Velicer, W. F., Rossi J. S., Prochaska J. O., Diclemente, C. C. (1996) A criterion measurement Model for health Behavior change. *Addictive Behavior*, 21 (5), 555-584.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.