12

Terapia de Aceitação e Compromisso

Giovanni Kuckartz Pergher e *Wilson Vieira Melo*

Aceitar não é concordar ou achar bom. Da mesma forma, não é assumir uma postura conformista e resignada. Aceitar implica receber as coisas como são apresentadas, sem tentar controlar as emoções. A Terapia de Aceitação e Compromisso é um dos principais modelos de intervenção dentro das abordagens da Terceira Onda. Ela é oriunda do modelo comportamental e postula seus fundamentos nos pressupostos na Teoria do Quadro Relacional. De acordo com tais pressupostos, a maneira como ocorre uma fusão entre a representação de um dado evento em nossa mente, faz com que não ocorra uma separação entre a representação e o fato. Assim, a linguagem assume um papel fundamental na compreensão do sofrimento emocional. A definição dos valores pessoais, e o compromisso para com eles, são pontos fundamentais dentro desta proposta de entendimento humano e intervenção terapêutica.

W.V.M.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (Accepatance and Commitment Therapy – ACT – pronunciada como uma palavra única) é, provavelmente, uma das mais conhecidas e estudadas abordagens dentre aquelas que compõem a chamada "terceira onda" das TCC's.

A origem da ACT não pode ser dissociada da história de vida de seu fundador, Steven C. Hayes. Para não estendermo-nos em demasia na histó-

ria do autor, a questão central para presente discussão reside no fato de que, em certo momento de sua história de vida, Hayes passou a sofrer ataques de pânico, vindo a desenvolver um severo Transtorno de Pânico e Agorafobia. Na época (final dos anos 1970), já havia protocolos de TCC bem estabelecidos para o tratamento do transtorno, e Hayes submeteu-se a eles. Os resultados, porém, foram pouco significativos, e os ataques persistiam mesmo quando Hayes fazia o uso rigoroso de estratégias como análise de evidências e questionamento das distorções cognitivas (Cloud, 2006).

Depois de algumas tentativas frustradas de esbatimento dos sintomas através da TCC tradicional, Hayes passou a buscar os motivos pelos quais o tratamento não estava surtindo efeito. Nesse processo de busca, surgiu a semente que se tornaria uma das pedras angulares da ACT: o sofrimento psicológico intenso não é consequência da atividade cognitiva ou das emoções em si, mas sim da maneira como a pessoa se relaciona e responde a própria atividade cognitiva e demais eventos internos (Hayes & Lillis, 2012). Mais especificamente, Hayes passou a reconhecer que, mesmo experenciando pensamentos distorcidos e emoções provocadoras de grande desconforto, era possível agir de modo a criar uma vida significativa.

O próprio nome da abordagem – Terapia de *Aceitação* e *Compromisso* – resume os principais elementos da proposta. De um lado, a aceitação daquilo que está fora de nosso controle, seja no mundo externo, seja no mundo interno. No outro lado, está o compromisso que podemos estabelecer em praticar ações que possibilitem uma vida mais significativa, independente da presença de eventos internos ou externos indesejáveis. Salienta-se aqui o fato de que o compromisso firmado é o de *praticar* ações significativas, não de atingir um resultado específico (Harris, 2009).

Ainda que a ACT possua diversas características semelhantes às abordagens mais tradicionais em TCC (Ciarrochi & Bailey, 2008), é importante salientar, desde o início, uma diferença fundamental no que diz respeito aos seus pressupostos teóricos. Compreender as diferenças nesses pressupostos é importante na medida em que cada pressuposto conduz a um modelo explicativo de psicopatologia distinto; da mesma

forma, cada pressuposto conduzirá a propostas de intervenção terapêutica específica (Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2013).

Embora qualquer proposta de taxonomia que agrupe as TCC's "de segunda onda" vá ser alvo de crítica, é amplamente aceita a ideia de que as abordagens terapêuticas classificadas como TCC compartilham três pressupostos: 1) A atividade cognitiva afeta o humor e o comportamento; 2) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e 3) mudanças desejadas no humor e comportamento podem ser obtidas por meio de mudanças na atividade cognitiva (Dobson, 2010). A despeito de nenhum destes pressupostos implicar que a mudança cognitiva seja necessária ou suficiente para obtenção das mudanças comportamentais e de humor desejadas, fica claro que a mudança cognitiva é o principal veículo na busca da mudança terapêutica (Hayes, 2008).

Ao contrário das abordagens de 2ª onda, o embasamento teórico da ACT é comportamental, e não cognitivista. Mais especificamente, a ACT se baseia em uma teoria comportamental da linguagem e cognição humana denominada Teoria do Quadro Relacional (Relational Frame Theory – RFT) (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Foge do escopo do presente capítulo uma discussão aprofundada acerca da RFT. Nesse sentido, limitaremos a discussão da teoria às suas principais características, das quais derivam implicações clínicas relevantes. Metaforicamente, a RFT pode ser equiparada conhecimento sobre o funcionamento do motor de um carro, ao passo que a ACT representa o processo de dirigir. Da mesma forma que podemos ser bons motoristas sem conhecer detalhes sobre como o motor funciona, é possível ser um bom terapeuta ACT mesmo sem um domínio profundo da RFT (Harris, 2009).

Da RFT deriva o modelo de psicopatologia utilizado em ACT como base para a conceitualização de caso (i. e., entendimento dos mecanismos psicológicos subjacentes às queixas apresentadas pelo indivíduo) (Hayes, 2005). Como consequência, este modelo de psicopatologia é a pedra angular sobre a qual se baseiam as intervenções terapêuticas em ACT. Duas palavras sintetizam aquilo que, sob a perspectiva da ACT, é a essência da psicopatologia: Inflexibilidade Psicológica (Polk & Schoendorrf, 2014).

Mais especificamente, a inflexibilidade psicológica é o resultado da ação conjunta de 6 processos centrais, hipotetizados como sendo as bases do sofrimento humano e da psicopatologia. Do ponto de vista da RFT, estes processos estão associados ao problema da experiência literal da linguagem, ou seja, ao fato de reagirmos à linguagem interna da mesma forma que reagiríamos aos eventos reais que ela representa (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Hayes, & McHugh, 2004). Como consequência, há uma tendência de intensificação da dor experimentada frente a eventos indesejados (pois o indivíduo acaba entrando em contato apenas com representação lingüística destes), o que, por sua vez, predispõe a pessoa a lançar mão de uma abordagem de resolução de problemas na tentativa de aliviar a dor sentida. Cabe salientar aqui que este modo de resolução de problemas está fadado ao fracasso quando o alvo são eventos internos (p. ex., ansiedade, pensamentos intrusivos), uma vez que não há nada a ser objetivamente "resolvido" (Luoma, Hayes, & Walser, 2007)

Esses seis processos centrais estão relacionados entre si e, por esse motivo, eles geralmente são representados graficamente sob a forma de um hexágono, no qual cada vértice corresponde a um processo (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

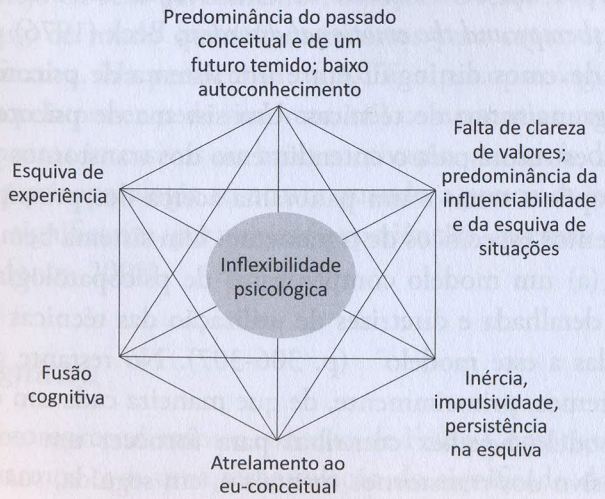

Figura 12.1 Representação conhecida como "Modelo Hexaflex".

Para cada um desses seis processos associados à psicopatologia, existe um processo terapêutico correspondente, cujo objetivo é mitigar os efeitos de desenvolvimento da Inflexibilidade Psicológica (Wilson & Dufrene, 2009). A relação entre os processos relacionados à psicopatologia e seus respectivos processos terapêuticos é ilustrada no Quadro 12.1.

Quadro 12.1. Processos associados à psicopatologia

Processo relacionado à Inflexibilidade Psicológica	Processo terapêutico
Evitação Experiencial	Aceitação
Fusão Cognitiva	Desfusão
Apego ao Self conceitualizado	*Self*-como-contexto
Domínio do passado e futuro conceitualizados	Contato com o momento presente
Inação, Impulsividade ou Persistência evitativa	Ação Comprometida
Falta de clareza dos valores	Definindo direções valorizadas

O Quadro 12.1 evidencia que a ACT é uma abordagem em consonância com os critérios estabelecidos por Beck (1976) a serem satisfeitos por um bom sistema de Psicoterapia. Em seu clássico livro *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Beck (1976) postula que: "(...) nós devemos distinguir entre um sistema de psicoterapia e um simples agrupamento de técnicas. Um sistema de psicoterapia provê tanto uma estrutura para o entendimento dos transtornos psicológicos que se propõe a tratar e um panorama acerca dos princípios gerais e procedimentos específicos de tratamento. Um sistema bem desenvolvido provê (a) um modelo compreensivo de psicopatologia e (b) uma descrição detalhada e diretrizes de utilização das técnicas terapêuticas relacionadas a este modelo" (p. 306-307). No restante do capítulo, apresentaremos, primeiramente, de que maneira cada um dos elementos do modelo hexaflex contribui para fornecer um entendimento compreensivo dos transtornos mentais e, em seguida, suas respectivas implicações terapêuticas.

Modelo ACT de psicopatologia

Evitação experiencial

A evitação experiencial pode ser considerada como um protótipo do entendimento da psicopatologia em ACT. Em essência, este processo faz referência às tentativas que o individuo faz para evitar ou minimizar contato com experiências internas indesejadas. Salienta-se aqui que tais experiências não são indesejadas por representarem uma real ameaça à pessoa. Antes disso, estes eventos internos adquiriram suas propriedades aversivas na medida em que o indivíduo passou a responder a eles da mesma maneira que responderia às ameaças reais. Em outras palavras, a evitação experiencial é uma consequência da capacidade da linguagem humana de modificar as funções dos estímulos, uma vez que o indivíduo passa a lidar com estímulos internos (inofensivos) da mesma forma que lidaria com os eventos físicos associados (ameaças reais a sua sobrevivência) (Dahl, Stewart, Martell, & Kaplan, 2014).

O efeito deletério da evitação experiencial ocorre quando a pessoa passa a investir sua energia em uma batalha contra o contato com seus eventos internos. Assim, seus recursos esgotam-se nas suas tentativas de manejo de seus pensamentos, emoções e reações fisiológicas (i. e, sintomas), de modo que faltam recursos para construção de uma vida significativa. Na perspectiva da ACT, a psicopatologia não é caracterizada pela presença de sintomas, tais como sentimentos de tristeza, pensamentos intrusivos ou baixa motivação. Ao invés disso, entende-se que a psicopatologia só ocorre quando a pessoa deixa de buscar uma vida significativa para evitar experiências internas indesejadas (Bach & Moran, 2008).

Fusão cognitiva

Para compreendermos o conceito de Fusão Cognitiva, é bastante útil começarmos com uma recapitulação do significado do termo fusão. Sendo ambos autores falantes nativos e fluentes de português, as-

sumiremos que a definição a seguir, por nós elaborada, possui validade pragmática independente de sua correspondência com a definição presente nos dicionários. "Fusão: processo através do qual *dois* elementos, inicialmente independentes, unem-se e formam *um* único elemento". No caso da Fusão Cognitiva, os dois elementos são os pensamentos e a realidade, os quais fundem-se para formar uma entidade única. Assim, pensamentos e realidade tornam-se indistinguíveis (Lejeune, 2007).

A fusão cognitiva contribui para constituição da psicopatologia na medida em que o comportamento do indivíduo passa a ser influenciado cada vez menos pelos estímulos do ambiente externo, tornando-se progressivamente uma resposta a seus pensamentos. Nesse sentido, salienta-se uma importante distinção entre o modelo ACT e o modelo cognitivo de psicopatologia. Sob a ótica da ACT, o que leva a pessoa a sair de seu caminho em busca de uma vida significativa não tem a ver com o fato de os pensamentos distorcerem a realidade, mas sim com o fato de a pessoa reagir a seus pensamentos da mesma forma reagiria aos eventos concretos por eles representados (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Coloquialmente, dizemos que a fusão cognitiva ocorre quando o indivíduo "compra" o pensamento.

Apego ao self *conceitualizado*

Self conceitualizado (também chamado de *self*-como-conteúdo) é definido como o conteúdo verbal que utilizamos para descrever e definir a nós mesmos. Afirmações como "Sou o engenheiro João, diretor de logística da empresa XYZ" e "Sou uma mulher fraca e uma péssima mãe" são exemplos de self conceitualizado. Conforme os exemplos ilustram, alguns conteúdos utilizados para caracterizar o Self são mais descritivos e observáveis (p. ex.: "engenheiro", "diretor") ao passo que outros implicam em um julgamento ou avaliação ("fraca", "péssima").

O *self*-como-conteúdo também pode ser entendido como o conjunto de rótulos com os quais nos identificamos. Cada rótulo indica que pertencemos a uma determinada categoria, e, portanto, possuímos

as características que os membros dessa categoria tem em comum. Dada a necessidade humana de coerência e previsibilidade (um ambiente caótico e imprevisível é uma ameaça em potencial à sobrevivência), é natural que desenvolvamos um comportamento que venha a confirmar a veracidade dos rótulos que atribuímos a nós mesmos (Twohig & Hayes, 2008). Por exemplo, se me identifico com o rótulo de "fracassado", e entendo que os membros dessa categoria possuem como características a incapacidade de iniciar empreendimentos que logrem êxito, terei uma menor probabilidade de me engajar em novas atividades, uma tendência a evitar desafios e até mesmo uma constante sensação de falta de energia.

Cabe salientar que o nome do processo associado à inflexibilidade psicológica não é "*self*-conceitualizado", mas sim "*apego* ao *self*-conceitualizado". Isso significa que os rótulos verbais que as pessoas utilizam para descreverem-se não são um problema em si. Na realidade, se não fôssemos capazes de conceber uma identidade composta de características passíveis de serem enquadradas em determinadas características, a interação com o meio social ficaria bastante comprometida. Portanto, é o apego ao self conceitualizado que gera a inflexibilidade psicológica. Na busca por coerência entre os rótulos autoimpostos e seu comportamento, este apego leva um estreitamento do repertório de respostas que o indivíduo. Dito de maneira diferente, a variedade de comportamentos emitidos pela pessoa fica restrita àqueles compatíveis com a visão que tem de si, o que limita sobremaneira as possibilidades de avançar em direção a uma vida significativa (Pearson, Heffner, & Follette, 2010)

Domínio do passado e futuro conceitualizados

Para compreender o processo de domínio do passado e futuro conceitualizados, é útil começar conhecendo suas implicações clínicas mais comuns: ruminação e preocupação. Tais sintomas, embora sejam mais comumente associados aos diagnósticos de depressão e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente, estão presentes nas mais variadas queixas trazidas à terapia. Ruminação e preocupação

possuem como semelhança o fato de o indivíduo deixar de experienciar o presente momento, vivendo em um passado ou futuro que existe apenas em sua mente. Quando o momento vivido é o passado, o sintoma apresentado é a ruminação; quando o foco da pessoa está dirigido fundamentalmente para o futuro, a manifestação clínica é a preocupação (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

Dado que tanto o passado quanto o futuro são criações de nossas mentes a partir das experiências que acumulamos ao longo da vida, ambos estão fora da nossa esfera de influência. Não seria exagero dizer que passado e futuro não existem na realidade objetiva. E é justamente por esse motivo que são conceitualizados, ou seja, só "existem" enquanto conceitos representados por meio da linguagem (Hayes, 1989).

Cabe relembrar que, em ACT, a psicopatologia é entendida como uma consequência do indivíduo não estar agindo de modo a construir uma vida que lhe seja significativa. Aqui está implícita a noção de que uma vida significativa só pode ser construída através do comportamento da pessoa. Como o comportamento pode influenciar apenas a realidade objetiva, ele não é capaz de exercer qualquer ingerência sobre um passado e futuro que inexistem no mundo físico. Portanto, existe um único momento em que é possível criar uma vida significativa: agora (Wilson & Dufrene, 2009).

Tal qual ocorre com os outros processos, passado e futuro conceitualizados, em si, não levam à inflexibilidade psicológica. Um foco no passado é importante na medida em que reflexões sobre nossa história podem levar a novas aprendizagens; de maneira semelhante, seria difícil organizar os passos em direção a uma vida significativa sem um planejamento do futuro. Consequentemente, os problemas ocorrem na medida em que há o *domínio* do passado e futuro conceitualizados (Zettle, 2007).

Falta de clareza dos valores

Ao longo da discussão do modelo hexaflex, enfatizamos sistematicamente que a psicopatologia é definida a partir dos efeitos provocados pela inflexibilidade psicológica. Mais especificamente, em ACT, a psicopatologia ocorre quando o comportamento do indivíduo não está contribuindo para construção de uma vida que lhe seja significativa. Porém, aquilo que cada um considera como sendo uma vida significativa é altamente idiossincrático, portanto, impassível de ser definida a priori. Assim, conceitos como "vida significativa" e "funcional" são só podem ser definidos como tal a partir daquilo que é importante para pessoa, ou seja, seus valores. Em outras palavras, os comportamentos do indivíduo são funcionais na medida em que estão contribuindo para construção de uma vida significativa, e uma vida significativa é aquela que reflete seus valores (Dahl, Plumb, Stewart, & Lundgren, 2009). São os valores que dão à vida um senso de propósito.

Uma importante característica dos valores é que eles nunca podem ser satisfeitos ou alcançados por completo. Por esse motivo, valores não devem ser confundidos com objetivos ou metas. Metaforicamente falando, os valores são como uma bússola, a qual sempre aponta na mesma direção, independente de onde estejamos. Os objetivos ou metas, por outro lado, correspondem aos locais específicos que encontramos ao longo da caminhada em dada direção. Se eu estabelecer, por exemplo, que viajarei para oeste (direção), não importa quantos quilômetros eu percorra – sempre poderei continuar minha jornada rumo à oeste. Ao longo do caminho, encontrarei diferentes cidades (objetivos ou metas) – mas estas ficarão para trás na medida em que seguir minha caminhada na direção que escolhi (Harris, 2009).

Viver de maneira significativa, contudo, não é tarefa fácil. Isso em função de que os comportamentos que fazem parte do processo de construção de uma vida dotada de sentido produzem efeitos indesejados de curto prazo. Por exemplo, se quero ter saúde física, não poderei comer sobremesas ricas em açúcar após todas as minhas refeições. Como consequência, ao agir em consonância com a busca pela minha saúde física, estarei trazendo a experiência de frustração ao meu cotidiano. Todos os dias, *imediatamente* após cada refeição, terei um desa-

gradável senso de privação da minha fissura por altas e desnecessárias quantidades de açúcar. Assim, precisarei de bons motivos para persistir lançando mão de comportamentos cujos efeitos imediatos são aversivos. Esses bons motivos são meus valores (Bach & Moran, 2008).

Dito de maneira diferente, se não possuirmos valores bem definidos, teremos uma inflexibilidade psicológica na medida em que nosso comportamento será determinado apenas pelas contingências imediatas nas quais nos encontramos. Desnecessário dizer que uma vida significativa não pode ser ativamente construída com atitudes que são meras reações ao ambiente. Por esse motivo, em última instância, todas as intervenções em ACT estão subordinadas a ajudar o paciente a viver de acordo com seus valores. Se não fosse pelos valores, não haveria sentido, por exemplo, em aceitar uma realidade indesejada (Hayes & Lillis, 2012).

Inação, impulsividade ou persistência evitativa

Conforme visto anteriormente, os valores representam a *direção* que optamos seguir. A despeito dessa direção ser o elemento central que define uma vida significativa, esta última só pode ser construída na medida em que *agimos* de modo a avançar na direção escolhida. O fato de possuirmos valores bem definidos, por si só, não nos leva automaticamente a agirmos de maneira consistente com esses valores – afinal de contas, experiências internas indesejadas surgirão quando colocarmos em prática a ação valorizada. Cabe lembrar que, sob a ótica da ACT, uma vida significativa não depende daquilo que desejamos, mas sim daquilo que efetivamente fazemos. Metaforicamente falando, lenhador não é aquele que afia rigorosamente seu machado, mas sim aquele que usa seu machado para fazer lenha (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

Inação, impulsividade ou persistência evitativa são diferentes manifestações de um repertório comportamental limitado e inflexível. Este estreitamento de repertório é em grande parte decorrente das tentativas do indivíduo de não entrar em contato com eventos privados

aversivos. Em outras palavras, o foco do indivíduo em evitar aquilo que *não quer* acaba impossibilitando-o de agir em busca daquilo que *quer* (Dahl, Wilson, Luciano, & Hayes, 2005).

Tendo em perspectiva que a psicopatologia é definida em função da dissonância entre os valores do indivíduo e os seus padrões habituais de comportamento, as intervenções em ACT perderiam seu propósito se não levassem o paciente abandonar seus comportamentos motivados pela evitação experiencial em detrimento daqueles que o colocam na direção de uma vida significativa (Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). Ressalta-se aqui que o estreitamento de repertório não é uma consequência direta das experiências internas aversivas, mas sim o reflexo de uma falta de comprometimento do indivíduo com o fato de que ele pode escolher como vai se comportar independente do que esteja se passando embaixo de sua pele (Ruiz, 2010).

Processos terapêuticos centrais em ACT

A ACT é uma das novas teorias psicoterápicas advindas tanto do modelo cognitivo quanto comportamental, que compõem as chamadas abordagens da *Terceira Onda*. Esta modalidade de tratamento surgiu a partir da Teoria do Quadro Relacional que coloca a habilidade em relacionar eventos arbitrariamente como núcleo da linguagem e cognição humana (Hayes et al., 2011). O aspecto central da ACT é levar o indivíduo a aceitar acontecimentos pessoais negativos (e aqui se incluem pensamentos, emoções, memórias e vivências) sem a utilização de qualquer tipo de esquiva. Comumente observamos uma forte tendência nos pacientes, e também em nós mesmos, de tentar controlar as emoções e em lutar contra elas. A aceitação não implica em concordar ou achar bom e sim, aprender a compreender a natureza das coisas sem se debater contra ela. Dessa forma, foram desenvolvidos seis conceitos que são centrais na teoria, e que integram o modelo de intervenção da ACT, apresentados no Quadro 12.2.

Quadro 12.2 Processos centrais na Terapia de Aceitação e Compromisso

Processo	Definição
Aceitação	Visa ajudar o sujeito a reduzir as tentativas de mudar a frequência ou forma de pensamentos e emoções indesejáveis ou que trazem algum tipo de sofrimento, conhecendo-os e aceitando-os.
Defusão cognitiva	Busca modificar as funções indesejáveis dos eventos pessoais, alterando, basicamente, a forma com que o individuo interage e se relaciona com os pensamentos através da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas.
***Self*-como-contexto**	• Visa que o sujeito perceba o *self* como transcendental, não um objeto mutável. Cria um senso de segurança, já que apesar de todas as mudanças emocionais / comportamentais / ou de pensamentos, o *self* permanece integro.
Ação comprometida	Nessa etapa o objetivo é identificar dificuldades do sujeito em alcançar suas metas já estabelecidas, dando ferramentas e modificando padrões de funcionamento disfuncionais.
Definindo direções valorizadas	Visa estabelecer diretivas/metas, passo a passo, em vários domínios (familiar, profissional, espiritual, entre outros) da vida do sujeito sem que o mesmo apresente algum tipo de esquiva.
Contato com o momento presente	• Busca levar o sujeito a visualizar acontecimentos pessoais de maneira direta, sem atribuição de qualquer juízo de valor.

Ao se trabalhar a aceitação com o paciente, o terapeuta deve encorajar o indivíduo a diminuir as tentativas desnecessárias de mudar a frequência ou forma de pensamentos e emoções desagradáveis (Hayes & Lillis, 2012). De acordo com Hayes e Smith (2005), nosso cérebro é treinado para escapar das situações de perigo e de dano em potencial. No mundo externo, esta atitude faz bastante sentido. Entretanto, quando se fala de sofrimento ou dor psicológica, a tentativa de esquiva não funciona, e lutar contra as emoções parece piorar ainda mais os seus efeitos nocivos.

Assim como no modelo comportamental (*Primeira Onda*), na ansiedade, a esquiva fóbica de altura, por exemplo, faz com que o medo se torne cada vez mais incapacitante. O mesmo parece ocorrer com outras tentativas de evitação emocional. Toda vez que o paciente se propõe a ter um comportamento que vise a evitação de alguma dor pessoal, ele aumentará o nível de sofrimento atrelado a tal situação (Hayes & Smith, 2005). Este é o princípio associado ao conceito de aceitação dentro da ACT.

A palavra "aceitação" vem do Latin "*capere*", que significa "tomar" (Hayes & Smith, 2005). Assim, aceitação é o ato de receber ou "tomar o que é oferecido". Aceitar é o oposto de tentar controlar. Para a ACT, o objetivo da aceitação não é o de se sentir melhor, mas antes, se abrir para a vitalidade do momento, e sentir as emoções presentes em sua plenitude. Deste modo, o terapeuta pode treinar com o paciente, no momento em que o mesmo já assimilou que é capaz de enfrentar emoções e reações fisiológicas intensas, sem que danos de fato ocorram. Uma das técnicas mais utilizadas para trabalhar com o paciente a aceitação, ou seja, a interrupção do processo de tentativa de controle das emoções é a técnica da armadilha de dedos chinesa (Hayes & Smith, 2005).

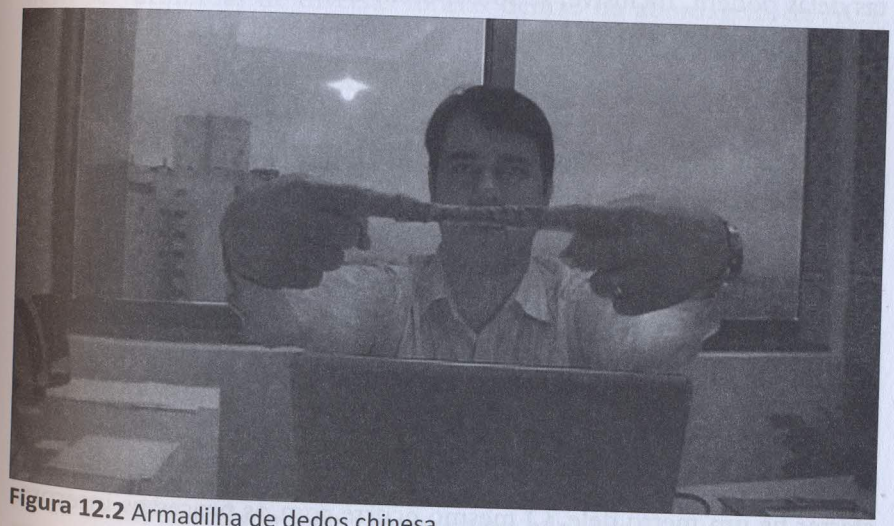

Figura 12.2 Armadilha de dedos chinesa.

Na técnica da armadilha de dedos chinesa, quanto mais se lutar contra ela, forçando o escape, maior será o aprisionamento dos dedos no instrumento. Assim, a analogia com as dores emocionais ajuda a entender o processo de aceitação e de não resistência das emoções negativas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

Outro processo central da ACT é o que foi descrito no conceito de defusão cognitiva (Hayes & Smith, 2005). A diferença entre ter um pensamento e acreditar ou comprar a ideia é o principal mecanismo envolvido neste processo. Assim, existe uma diferença importante entre ver as coisas "de fora dos pensamentos" ao invés de "de dentro dos pensamentos". Isso se torna importante uma vez que, muitas vezes, aquilo que a nossa mente nos diz, não é exatamente a melhor interpretação. Isto se torna particularmente verdadeiro quando se fala das nossos próprios processos internos e dores emocionais.

A ACT apresenta uma série de técnicas utilizadas para separar os pensamentos de seus referenciais (Hayes & Smith, 2005). Tais técnicas não precisam ser empregadas em uma ordem pré-estabelecida e, muitas delas podem, inclusive, se sobreporem umas às outras. Neste sentido, é importante que o terapeuta possa fomentar a identificação de pensamentos, imagens e lembranças demonstrando que eles não necessariamente se tornam realidade. Como resultado, o paciente apresenta uma diminuição do quanto acredita na crença, uma vez que a reestruturação cognitiva também está presente na ACT.

As técnicas de defusão cognitiva não são métodos de como eliminar o sofrimento ou a dor. Tratam-se de métodos para se aprender a como estar presente no aqui e agora, de um modo mais amplo e flexível (Luoma et al., 2007). O ponto crucial aqui é parar o processo de pensamento e interpretá-lo de fora. Se olharmos um desenho em uma folha de papel há uma distância de um centímetro dos nossos olhos, ele será percebido de um modo diferente do que se conseguirmos o afastar há um metro dele. O mesmo ocorre com os processos interpretativos derivados dos nossos pensamento. A consciência deste processo dará mais condições de flexibilizar tais interpretações, e a melhor forma de fazer isso é treinar, treinar e treinar (Hayes & Smith, 2005).

A ACT é um modelo de intervenção que entende a linguagem como um elemento fundamental para a forma com que se experimenta e vivencia a dor emocional (Hayes & Lillis, 2012). Segundo os pressupostos deste modelo de tratamento, quando se entende que palavras

são apenas palavras, e começa-se a usar isso como uma habilidade que se pode desenvolver, torna-se fácil entender e modificar a relação entre as palavras e o sofrimento. De acordo com Hayes e Smith (2005), na técnica de rotulação dos pensamentos, se modificarmos, por exemplo, o pensamento de "tenho muitas coisas para fazer mais tarde" para "estou tendo o pensamento de que tenho muitas coisas para fazer mais tarde" isso reduziria a carga emocional derivada da maneira com que o processamento da linguagem ativou o sistema emocional. Se você está se sentindo triste, pode dizer para si mesmo "eu estou tendo o sentimento de tristeza" e, assim, esse processo permitirá que se desarme dos conteúdos de sua experiência particular.

Existem diversas outras técnicas de defusão cognitiva e que podem ser utilizadas de diversas formas dentro da abordagem da ACT, inclusive sendo possível criar as próprias técnicas com o paciente (Hayes & Smith, 2005). Este processo deve ser utilizado quando os pensamentos parecerem ser bastante familiares ou também podem ser especialmente útil quando o indivíduo está se sentindo confuso.

O processo entendido como *self*-como-contexto diz respeito a realizar exercícios de conscientização, metáforas e processos experienciais para reforçar para o paciente a percepção de uma parte sua como transcendental, preservada de qualquer prejuízo (Hayes & Lillis, 2012). De acordo com a teoria da linguagem que está por trás ACT, há pelo menos três sentidos de *self* que emergem de nossas habilidades verbais: o *self* concebido, a autoconsciência e o *self*-como-contexto (Barnes-Holmes, Hayes, & Dymond, 2001).

O *self* concebido seria a forma como o indivíduo se percebe, como por exemplo, "sou ansioso", "sou bonito", "sou infeliz", etc. Estes conceitos são oriundos das experiências de vida e contém pensamentos, sentimentos, sensações corporais, memórias e predisposições comportamentais que o indivíduo tenha tomado para si e integrado a imagem que tem de si próprio (Hayes & Smith, 2005). Este é provavelmente o *self* com que o indivíduo deve estar mais familiarizado, posto que é um produto da aplicação normal da linguagem a ele mesmo e a sua vida.

A autoconsciência é um processo permanente de conhecimento de suas próprias experiências no momento presente (Hayes & Smith, 2005). É como o *self* concebido, pois também aplica categorias verbais ao *self*. Contudo, é diferente, pois ao invés de resumir, as categorias são descritivas, não avaliativas, presentes e flexíveis. Incluem autoavaliações do tipo "agora eu estou me sentindo assim", "agora eu estou pensando isso" ou "agora eu estou me lembrando daquilo", etc.

Existem muitas evidências de que a autoconsciência é importante para o funcionamento psicológico saudável (Hayes & Lillis, 2012). Indivíduos com sintoma de alexitimia, as quais têm dificuldade de identificar as suas experiências emocionais, têm uma ampla gama de problemas psicológicos correlacionados com este déficit clínico. A autoconsciência tende a ficar diminuida quando está atrelada a um *self* concebido dominante. As técnicas de defusão e de aceitação, naturalmente apoiam o desenvolvimento de um processo contínuo de tomada de consciência.

O *self*-como-contexto, não é um conteúdo que possa ser descrito através da linguagem, como os anteriores. De acordo com a teoria que embasa a ACT, ele emerge como um resultado do uso da linguagem e é crítico para a saúde psicológica (Hayes & Smith, 2005). Entrar em contato com o self-como-contexto é uma questão de experiência, e não existe uma "receita de bolo" sobre como entrar em contato com este senso de consciência e presença. Assim, a ACT oferece exercícios e metáforas que podem ajudar a apontar para a direção correta.

Uma das metáforas utilizadas é a que se apresenta na figura ilustrada na capa deste livro. Imagine um tabuleiro de xadrez, infinito em todas as direções, com peças brancas e pretas (Hayes & Smith, 2005). Elas se alinham e se agrupam no centro do tabuleiro, organizadas em dois times diferentes, frente a frente. Imagine que cada peça representa uma emoção, cognição, memória ou sensação. Algumas são positivas, como felicidade, memórias agradáveis e sentimentos prazerosos e outras negativas, tais como ansiedade, tristeza, memórias de situações de fracasso pessoal ou rejeição. As peças começam a brigar entre si, em

uma batalha sangrenta que dura anos. Apenas um dos times é você e abandonar a batalha não é uma opção. Com o passar do tempo, o processo de tomada de consciência faz você se dar conta que tem acesso a todas as peças, e que não é nem o time branco e nem o time preto, mas sim, o jogador de xadrez, com poderes para movimentar os dois times.

Uma das estratégias psicoterápicas bastante presentes na ACT é o *mindfulness*, que tem por objetivo desenvolver flexibilidade psicológica e, por consequência, a aceitação para lidar com pensamentos e sentimentos indesejáveis. De forma semelhante ao que ocorrem com as intervenções de *mindfulness*, alguns estudos sugerem desfechos positivos da ACT para a remissão e prevenção de recaída nos transtornos depressivos, por exemplo (Lampe, Coulston, & Berk, 2013).

Na ACT, *mindfulness* é um dos elementos básicos a serem empregados ao longo do processo de tratamento. Assim como a ACT, tal estratégia psicoterápica tem os princípios de compromisso e aceitação experiencial como norteadores, posto que também trabalha com o entendimento de que as categorizações verbais acerca de si e do mundo acabam por prejudicar o indivíduo e o deixa preso em categorizações literais, gerando, assim, atitudes defensivas e rígidas. O aspecto *mindful* é tratado por "estar totalmente presente", e, também envolve trazer a consciência para as experiências internas e externas, enquanto elas ocorrem. O objetivo dos exercícios de *mindfulness* é aumentar a capacidade de atenção, de forma geral (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Um exercício utilizado nessa abordagem é o das folhas em um córrego, onde o terapeuta pede para o paciente se imaginar perto de um córrego de água límpida e cristalina e, então, imagine seus pensamentos sendo colocados um a um sobre as folhas que caem de uma árvore que está no leito do rio, e que deixa suas folhas sobre as águas do córrego (para mais informações, ver Capítulo 7).

Inicialmente, pode se começar com exercícios de consciência e meditação mais básicos e, posteriormente, progredir para os exercícios com conteúdo mais difíceis. Os exercícios mais básicos podem incluir simplesmente prestar atenção nas próprias respostas corporais, ou ini-

ciar por partes específicas, como atentar para o que sente quando mexe o braço direito (Davis & Hayes, 2011). Além da prática de *mindfulness* nas atividades diárias, a prática de atenção plena pode ser utilizada no início das sessões de psicoterapia, e (ou) dentro das sessões de psicoterapia. A realização dos exercícios de *mindfulness* junto com o paciente pode melhorar o vínculo terapêutico, como por exemplo, a utilização da respiração de forma simultânea, entre terapeuta e paciente (Luoma et al., 2007).

Outro processo presente na prática clínica da ACT é a busca de entendimento acerca dos valores pessoais. Os valores são como escolhas de vida que guiam nossas escolhas. Eles não são puramente eventos verbais, mas eles são necessariamente conhecidos (ao menos em parte) verbalmente (Hayes & Smith, 2005). Ao definir ações valorizadas, o terapeuta estará preocupado em tentar promover a identificação ou construção destes valores, buscando identificar aquilo que é mais importante para o paciente (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

É importante diferenciar valores de metas, posto que são coisas distintas. Metas são coisas que podem ser obtidas ou alcançadas enquanto se está percorrendo um caminho valorizado. Metas são eventos concretos, situações ou objetos alcançáveis. Valores também não são o desfecho de algo, posto que não estão no futuro. Viver uma vida valorizada é viver a serviço do que você valoriza (Hayes et al., 2011).

Uma das técnicas propostas pela ACT para ajudar ao paciente a definir seus próprios valores é a chamada "participando de seu próprio funeral" (Hayes & Smith, 2005). Nesta técnica, é solicitado ao paciente que imagine vividamente a cena de seu funeral, com todas as pessoas que ele imagina que estariam presentes nessa situação. Por alguma razão, você poderia estar presente, testemunhando esta cena, mas sem participar diretamente dela. Então, algum familiar ou amigo leria algumas palavras sobre você. Pense nas coisas que teme que sejam ditas sobre você. Escreva tudo o que você gostaria que fosse dito a seu respeito. Para orientar o paciente quanto a estrutura do que escrever, é sugerido que se considere os seguintes domínios que poderiam ser importantes na elaboração da tarefa.

Quadro 12.3 Domínios para elaboração da técnica participando de seu próprio funeral

1.	Casamento / casal / relações intimas
2.	Parentalidade
3.	Relações familiares (outras que não de casal ou parentalidade)
4.	Amizades / relações sociais
5.	Carreira / emprego
6.	Educação / formação / crescimento e desenvolvimento pessoal
7.	Recreação / lazer
8.	Espiritualidade
9.	Cidadania
10.	Saúde e bem-estar físico

Fonte: Hayes & Smith (2005)

De certa forma, todas as coisas que o paciente escrever quanto a sua vida podem ser compreendidas como um propósito de se viver uma vida mais completa. Entretanto, pode ser útil colocar estes domínios em um *ranking* de classificação dos valores para que seja possível ver em quais áreas de sua vida seria necessário iniciar algum tipo de ação. Assim, pode ser sugerido ao paciente que avalie cada um dos domínios de duas maneiras distintas. Primeiro, perguntando a si mesmo qual o grau de importância que cada uma das áreas têm em sua vida atual, em uma escala de 1 a 10, onde 1 é pouco ou nada importante e 10 extremamente importante. A avaliação deve ser baseada no nível de importância dada ao real padrão comportamental atualmente presente em sua vida. Em segundo lugar, deve ser solicitado que o paciente avalie o grau de importância que ele gostaria que cada um dos domínios tivesse em sua vida. Por fim, é solicitado que o indivíduo subtraia o escore do índice da avaliação da primeira com a segunda avaliação. O resultado será o índice de desvio de vida do indivíduo. O que se segue é um quadro que exemplifica como tais domínios de valores devem ser avaliados a fim de se obter o escore de desvio de vida.

Quadro 12.4 *Ranking* de avaliação dos valores

Domínio	Valores	Importância	Manifestação na vida atual	Desvio de vida
1. Casamento / casal / relações íntimas				
2. Parentalidade				
3. Relações familiares (outras que não de casal ou parentalidade)				
4. Amizades / relações sociais				
5. Carreira / emprego				
6. Educação / formação / crescimento e desenvolvimento pessoal				
7. Recreação / lazer				
8. Espiritualidade				
9. Cidadania				
10. Saúde e bem-estar físico				

Fonte: Hayes & Smith (2005).

Possivelmente, o número da coluna bem a direita (Desvio de Vida) é o mais importante na escala de avaliação. Quanto mais alto ele for, maiores as mudanças necessárias naquela área de vida do indivíduo, a fim de que se possa trazer para a linha aquilo que ele realmente valoriza em sua vida. Altos índices na coluna de Desvio de Vida são sinais de fontes de sofrimento. O terapeuta deve circular ou sublinhar, destacando aqueles números que mostram uma grande diferença entre a importância dos valores pessoais e a sua real presença na vida do paciente.

O termo compromisso presente no nome da abordagem diz respeito a um dos processos centrais da ACT (Hayes, & Lillis, 2012). Ação de compromisso se refere a encorajar o paciente a buscar ações e comportamentos congruentes com aos valores identificados ou construídos. O compromisso, neste sentido, não se refere ao compromisso em atingir o objetivo ou resultado, mas antes, o comprometimento com a ação, a tentativa de busca mudança na direção dos seus valores.

Se os valores pessoais estão em ponto de compasso com o que o indivíduo gostaria que guiasse a sua vida, então ele já tem o mapa de

para onde isso pode levá-lo (Hayes & Smith, 2005). Como já visto anteriormente, metas são diferentes de valores. Assim, é importante que o indivíduo estabeleça quis são suas metas de curto prazo, e quais são as ações, pautadas pelos seus valores, que deveriam ser tomadas imediatamente. Além disso, é importante identificar quais são as barreiras e obstáculos que podem ser encontrados. Na ACT, a abordagem não é a de "superar" as barreiras, mas sim "contornar" barreiras (Harris, 2011).

Muitas vezes, para se atingir um novo objetivo, é necessário quebrar antigos padrões comportamentais. Assim, quando os padrões são grandes, antigos e inflexíveis, pode ser imperativo se comprometer com a oportunidade de estabelecer novos padrões (Hayes & Lillis, 2012). Tais compromissos devem ser claros e tempo-limitados, a fim de que possam ser observáveis. Além disso, a melhor maneira de construir grandes padrões é estar totalmente consciente deles.

Considerações finais

A Terapia de Aceitação e Compromisso parte de uma série de pressupostos que provavelmente soarão contra-intuitivos para terapeutas que trabalham com a tradicional noção de que a psicopatologia é definida em função dos sintomas que o paciente apresenta, de modo que a tarefa da terapia, em algum nível, envolve o esbatimento dos sintomas trazidos como queixa. Todavia, o fato da ACT considerar que o sofrimento humano é uma experiência universal e inescapável não significa, em absoluto, que suas intervenções não promovam uma redução substancial em sintomas como humor deprimido, anedonia, flashbacks ou pensamentos intrusivos.

Embora a TCC tradicional e a ACT possuam fundamentos filosóficos e teóricos bastante distintos, o mesmo não é válido no que concerne às intervenções praticadas. Por esse motivo, a ideia um modelo integrativo de TCC e ACT é um tanto temerária. Isso não significa, contudo, que tal integração não possa ocorrer na prática clínica.

Referências

Bach, P. & Moran, D. (2008). *ACT in practice*: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger.

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Hayes, S. C., & McHugh, L. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 355-375.

Barnes-Holmes, Y., Hayes, S.C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. In S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche. *Relational frame theory*: A post-skinnerian account of human language and cognition. (pp. 119-139). New York: Plenum Press.

Ciarrochi, J. V. & Bailey, A. (2008). *A CBT practitioner's guide to ACT.* Oakland, CA: New Harbinger.

Cloud, J. (2006, Feb. 13). Happiness isn't normal. *Time, 167*(7), p.58-67.

Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy*: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy. Oakland, CA; New Harbinger Publications, Inc.

Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. (2014). *ACT and RFT in relationships:* Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory. Oakland, CA: Context Press.

Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain.* Reno, NV: Context Press.

Davis, D. M. & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 48*(2), 198-208.

Dobson, K. (2010). *Handbook of cognitive behavioral therapies.* New York: The Guilford Press.

Harris, R. (2008). *The happiness trap.* New York: Shambala.

Harris, R. (2009). *ACT made simple.* Oakland, CA: New Harbinger.

Harris, R. (2011). *Liberte-se* - Evitando as armadilhas da procura da felicidade. Rio de Janeiro: Agir.

Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT*: A clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*(2), 131-151.

Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice, 5*, 286-295.

Hayes, S. C. & Lillis, J. (2012). *Introduction to acceptance and commitment therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life.* Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, S. C. (Ed.). (1989). *Rule-governed behavior*: Cognition, contingencies, and instructional control. New York: Plenum.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001) (Eds.), *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition.* New York: Springer-Verlag

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-198.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy:* The process and practice of mindful change (2nd edition). New York: Guilford Press.

Lampe, L., Coulston, C.M., & Berk, L. (2013). Individualized management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(443), 24-37.

Lejeune, C. (2007). *The worry trap*: How to free yourself from worry & anxiety using acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger.

Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. (2007). *Learning ACT.* Oakland, CA: New Harbinger.

Pearson, A. N., Heffner, M., & Follette, V., M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction*: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Polk, K. & Schoendorrf, B. (2014). *The ACT Matrix*: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations. Context Press: Oakland.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 125-162.

Strosahl, K. & Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness & acceptance workbook for depression*: Using acceptance & commitment therapy to move through depression & create a life worth living. Oakland: New Harbinger.

Twohig, M. & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim*: Depression and anxiety. Oakland/Reno: New Harbinger/Context Press.

Wilson, K. G. & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two*: An Acceptance and Commitment Therapy approach tomindfulness in psychotherapy. Oakland, CA: New Harbinger.

Zettle, R. (2007). *ACT for depression*: A clinician's guide to using acceptance & commitment therapy in treating depression. Oakland, CA: New Harbinger.