

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer àqueles que ajudaram a concretizar a revisão deste livro. Na Guilford Press, Barbara Watkins deu um *feedback* muito útil e criterioso, além de orientação editorial. Michele Depuy ajudou com as referências e detalhes. Sugestões editoriais úteis foram feitas por Claudia Drossel, Douglas Long, Robert “Tuna” Townsend, Roger Vilaradaga, Matthieu Villatte e Tom Waltz. Nossos cônjuges – Jacque Pistorello, Patti Robinson e Dianna Wilson – foram notavelmente flexíveis durante os mais de três anos de escrita e reescrita. Também estendemos nossa gratidão aos muitos profissionais e acadêmicos na comunidade da ACT/RFT/CBS que contribuíram para o desenvolvimento intelectual e prático do trabalho e cujas ideias estão refletidas neste livro.

*Para Barry e Trudy –
por ajudarem a ACBS em momentos críticos,
erguendo o trabalho e levando-o adiante.
Sua visão foi contagiante, e sempre serei grato.
– S. C. H.*

*Para minha esposa e alma gêmea de toda a vida, Patti.
Seu intelecto aguçado, encorajamento constante, apoio e aceitação total de quem sou –
com ocasionais solicitações de mudança – fizeram de mim uma pessoa melhor.
Para meu irmão Mark, que nos deixou há quase um ano –
você permanecerá em meu coração para sempre.
Para minha mãe, Joyce, que, aos 93 anos, ainda lê romances, toca viola e
faz todas as coisas que significam estar vivo – que modelo você tem sido.
– K. D. S.*

*Para minhas filhas, Sarah, Emma e Chelsea...
Amo vocês mais que tudo.
– K. G. W.*

Prefácio

O que é novo nesta edição

A terapia de aceitação e compromisso (ACT) foi apresentada em forma de livro na 1ª edição desta obra, em 1999. O modelo subjacente ainda era incipiente, e ainda não havíamos articulado nossa estratégia de desenvolvimento do conhecimento. Nós sabíamos disso, mas já estava na hora de colocar nosso “bebê”, então com quase 20 anos, à frente do público. O primeiro livro sobre a teoria das molduras relacionais (RFT) foi publicado dois anos mais tarde.

Então, algo muito marcante aconteceu. Alguns clínicos e pesquisadores de altíssima qualidade foram atraídos para o trabalho e cada vez mais começaram a assumir responsabilidade por ele. Os clínicos ficaram entusiasmados. A pesquisa sobre RFT se acelerou. Teve início uma discussão na internet pelo mundo inteiro, foi formada uma associação, e outros livros foram publicados. Conferências regulares nacionais, internacionais e regionais foram realizadas, e as sociedades existentes começaram a dar ao trabalho visibilidade cada vez maior. Inovações no treinamento floresceram. Os dados de pesquisas começaram a circular. No mundo inteiro, surgiram especialistas em diversas línguas. O ritmo do desenvolvimento se acelerou, e os dados, tanto básicos quanto aplicados, gradualmente foram orientando os refinamentos. Críticos honestos surgiram, refinando ainda mais o trabalho.

O resultado foi um progresso conceitual, tecnológico e empírico considerável nos últimos 12 anos. Pudemos decompor a ACT em seis processos principais e suas inter-relações, girando em torno de uma preocupação central, ou seja, a flexibilidade psicológica. Os dados foram mostrando cada vez mais que a ACT atua por meio dos seguintes processos de flexibilidade psicológica: desfusão, aceitação, atenção flexível ao momento presente, o self-como-contexto, valores e ação de compromisso.

Como esperávamos, começamos a ver que os métodos da ACT podiam ser integrados a outras abordagens apoiadas empiricamente e que a flexibilidade psicológica estimulava outros processos comportamentais importantes. A gama de problemas para os quais a ACT se revelou útil era impressionante, e o alcance do modelo de flexibilidade psicológica era surpreendente. O modelo que funcionava com depressão também funcionava com tabagismo. O modelo que funcionava com dependência de heroína também funcionava com o controle do diabetes. Os protocolos variavam enormemente, é claro, e os métodos comportamentais incluídos com frequência eram específicos para aquele uso particular. Em consequência, o

número de métodos da ACT atualmente vai além do que caberia em um único livro – ou mesmo dois ou dez –, mas o modelo e seus processos de mudança parecem ser similares entre uma variedade de áreas de mudança do comportamento.

Por todos esses motivos, este livro é diferente do livro que escrevemos há mais de uma década. Esta edição foca no *modelo de flexibilidade psicológica como um modelo unificado do funcionamento humano*. À medida que esta edição foi se desenvolvendo, fazer referência a esse modelo como o “modelo da ACT” (como costumávamos fazer) pareceu restritivo demais porque o modelo vai além de uma abordagem de intervenção. Este livro é mais como um guia para aprender como fazer ACT de maneira *natural* do que um manual passo a passo linear. Sua intenção é ser útil para aqueles que estão começando a explorar o modelo, assim como para aqueles que já são experientes no seu uso. Os profissionais precisam aprender a ver os processos de flexibilidade psicológica *no momento* e responder de maneira consistente com o modelo, e este livro pretende ajudá-los a atingir precisamente esse objetivo. Os clínicos já sabem como executar parte do que consta na abordagem da ACT – desde que usem seus métodos de maneira que seja funcionalmente consistente com o modelo de flexibilidade psicológica. Já que essa ligação está mais bem avaliada, as pessoas podem começar a experimentar esses métodos agora. Sim, será necessário treinamento adicional e orientação. Mas isso pode começar agora.

Neste livro, procuramos tornar os fundamentos proximais da ACT – contextualismo funcional e RFT – mais fáceis de entender. Em vez de sugerirmos que os leitores simplesmente pulem os capítulos difíceis sobre a teoria e o modelo (Capítulos 2 e 3) se quiserem, trabalhamos arduamente para torná-los mais acessíveis. É possível que tenhamos simplificado demais (e certamente deixamos de fora muitos detalhes), mas queremos que aqueles que se conectam com o trabalho tenham uma base sólida a partir da qual maior exploração será possível. Existem centenas de artigos acadêmicos sobre a ACT, seu modelo subjacente e os fundamentos básicos – este livro é apenas uma cartilha. Também tornamos nossa estratégia de desenvolvimento – que denominamos ciência comportamental contextual (CBS) – mais evidente, especialmente no capítulo final. Isso pode parecer estranho em um livro clínico, mas o propósito da ACT não é a ACT *über alles*¹. Não estamos interessados em marcas comerciais ou personalidades. Nosso propósito é o *progresso*. Uma maior elaboração do nosso modelo de desenvolvimento do conhecimento é a forma como estamos tentando atingir isso, pois a melhor maneira de acelerar o progresso é ter a colaboração de todos, sejam eles clínicos, sejam eles cientistas básicos, pesquisadores aplicados, filósofos ou estudantes. Uma comunidade aberta baseada em valores que adota uma missão comum pode ser muito mais produtiva do que os escores de professores em uma torre de marfim. Se o modelo de desenvolvimento for bem compreendido, ficará claro por que não estamos jogando o jogo dos tratamentos apoiados empiricamente da mesma forma que o habitual (mesmo admitindo que fazemos parte dessa tradição). Sim, damos importância aos ensaios randomizados – mas também nos importamos com muito, muito mais do que isso. Queremos que os *processos* apoiados empiricamente sejam solidamente ligados a *procedimentos* efetivos (Rosen & Davidson, 2003). Temos uma

estratégia para o progresso em longo prazo e estamos determinados a segui-la. Ela pode funcionar ou não, mas convidamos o leitor a se juntar a nós nessa jornada.

O fato de assumirmos essa perspectiva não significa que um clínico que trabalha na linha de frente precisa ser um aficionado por RFT ou que precisa abandonar sua prática e se tornar um pesquisador. Clínicos e outros profissionais são importantes para o desenvolvimento dessa abordagem e têm o direito de exigir muito da ciência comportamental. Queremos mostrar precisamente como o progresso em áreas como a ciência básica e também os princípios filosóficos podem ajudar aqueles com interesses mais práticos a também atingirem seus propósitos.

Podemos agora enumerar 60 livros sobre ACT no mundo todo. O ritmo da publicação de fontes empíricas relevantes está aumentando. Esse programa de pesquisa e desenvolvimento prático foi examinado em profundidade em vários artigos de revisão (p. ex., Hayes, Bissett et al., 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Öst, 2008), e até mesmo observadores céticos concordam que estamos fazendo progresso (p. ex., Powers, Vörding, & Emmerlkamp, 2009). Esse progresso substancial nos possibilita reduzir a frequência das referências acadêmicas na maioria das seções deste livro. A 1ª edição continha algumas passagens empíricas e conceituais altamente densas – sobretudo para justificar a atenção acadêmica direcionada para nosso modelo –, porém a densidade do texto tornou difícil para os leitores compreender ou ler com facilidade. Contanto que aqueles interessados estejam dispostos a ler além deste único livro, a justificativa empírica ponto por ponto já não parece ser essencial para nosso propósito. Incluímos pinceladas suficientemente amplas para o leitor compreender como percebemos os dados conceitualmente e *links* suficientes para que encontre fundamentos acadêmicos adicionais com um mínimo esforço extra.

Algumas das ideias subjacentes à ACT estão rapidamente se tornando concepções consagradas. Os críticos dizem agora que isso é o que eles pretendiam desde o começo. Talvez esse senso de revisionismo irrite os autores da ACT com boa memória, mas não era preciso desencorajar novos leitores, já que é assim que se progride. Por sua vez, experimentar um pouco de “aceitação” aqui e uma pitada de “desfusão” ali não faz justiça ao modelo da ACT nem proporciona seus benefícios integrais. Queremos que o modelo integral e sua estratégia de desenvolvimento do conhecimento sejam plenamente entendidos porque esse nível de familiaridade provavelmente produzirá maior progresso no longo prazo do que a mera adoção das novas técnicas ou conceitos aqui e ali, como se o melhor tratamento fosse uma questão de moda.

O modelo da ACT agora é suficientemente conhecido para fazer um convite à crítica regular. Nossa resposta aos céticos tem sido convidá-los para nossas conferências; tentar responder a cada crítica importante, mas fazer isso com um senso de abertura e razão, com dados adicionais e maiores esforços desenvolvimentais; e criar uma comunidade que se mantenha aberta, cooperativa e não hierárquica para que qualquer um possa se conectar com o trabalho, adotar o que achar valioso e ajudar a contribuir para o que estiver faltando. A ACT não foi criada para destruir as tradições das quais se origina, nem alega ser uma panaceia. Nosso propósito como praticantes da ACT é prestar nossa contribuição da melhor forma

possível para aqueles que estão sofrendo e trabalhar para tentar desenvolver uma prática da psicologia mais digna do desafio da condição humana.

Afinal, não é isso que todos nós nesta área devemos fazer? Muito em breve, todos os nossos nomes serão esquecidos, mesmo por nossos descendentes. Não será importante quem disse o que ou quando. O que irá importar é se existem abordagens que fazem diferença na vida das pessoas para as quais a disciplina existe. Precisamos continuar a aprender o que funciona melhor e a desenvolver formas inovadoras que sejam úteis. Mas, para fazer isso, temos de trabalhar em conjunto, por um lado continuamente criando melhores ligações entre a criatividade clínica e o desenvolvimento do conhecimento científico e, por outro, processos que tenham importância. O que este livro contém é uma reflexão direta dessa pauta. Esperamos e confiamos que ele sirva a esse propósito.

Steven C. Hayes
Kirk D. Strosahl
Kelly G. Wilson

‡ N. de T.: Equivalente a ACT acima de tudo.

Sumário

Prefácio

Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl, Kelly G. Wilson

PARTE I – Fundamentos e o modelo

- 1 O dilema do sofrimento humano
- 2 Os fundamentos da ACT: adotando uma abordagem contextual funcional
- 3 Flexibilidade psicológica como um modelo unificado do funcionamento humano

PARTE II – Análise funcional e abordagem à intervenção

- 4 Formulação de caso: ouvindo com os ouvidos da ACT, vendo pelos olhos da ACT
com Emily K. Sandoz
- 5 A relação terapêutica na ACT
- 6 Criando um contexto para mudança: mente *versus* experiência

PARTE III – Processos clínicos centrais

- 7 Consciência do momento presente
com Emily K. Sandoz
- 8 Dimensões do *self*
- 9 Desfusão
- 10 Aceitação
- 11 Conexão com os valores

12 Ação de compromisso

PARTE IV – Construindo uma abordagem científica progressiva

13 Ciência comportamental contextual e o futuro da ACT

Referências



PARTE I

Fundamentos e o modelo





1

O dilema do sofrimento humano

Não há nada de externo que garanta ausência de sofrimento. Mesmo quando nós, seres humanos, temos *todas* as coisas que tipicamente usamos para medir o sucesso externo – ótima aparência, pais amorosos, filhos incríveis, segurança financeira, um cônjuge atencioso –, isso pode não ser suficiente. Os seres humanos podem estar aquecidos, bem alimentados, fisicamente bem – e ainda assim podem se sentir infelizes. Podem desfrutar de várias formas de excitação e entretenimento desconhecidas no mundo não humano e fora de alcance para quase todos, exceto uma pequena fração da população – TVs de alta definição, carros esportivos, viagens exóticas para o Caribe –, e mesmo assim experimentam sofrimento psicológico

excruciante. Todas as manhãs um empresário de sucesso chega ao seu escritório, fecha a porta e silenciosamente abre a última gaveta da escrivaninha em busca de uma garrafa de gim escondida. Todos os dias um ser humano que tem todas as vantagens possíveis e imagináveis pega uma arma, carrega com uma bala, gira o tambor e aperta o gatilho.

Os psicoterapeutas e os pesquisadores do campo aplicado estão familiarizados com as sombrias estatísticas que documentam essas realidades. As estatísticas americanas, por exemplo, mostram que as taxas de prevalência de transtornos mentais ao longo da vida estão atualmente beirando os 50%, embora ainda mais pessoas apresentem sofrimento emocional devido a problemas no trabalho, nos relacionamentos, com os filhos e com as transições naturais que a vida apresenta a todos nós (Kessler et al., 2005). Em âmbito nacional, existem aproximadamente 20 milhões de alcoolistas (Grant et al., 2004); dezenas de milhares de pessoas cometem suicídio a cada ano, e inúmeras outras tentam, mas falham (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Estatísticas como essas se aplicam não só àqueles que foram massacrados ao longo de décadas na vida, mas igualmente a adolescentes e jovens adultos. Quase metade da população em idade universitária satisfazia os critérios para pelo menos um diagnóstico relacionado ao *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) recentemente (Blanco et al., 2008).

Se quiséssemos recorrer aos números para documentar a universalidade do sofrimento humano no mundo desenvolvido, poderíamos fazer isso quase indefinidamente. Terapeutas e pesquisadores com frequência mencionam tais estatísticas em inúmeras áreas-problema quando discutem a necessidade de mais clínicos, de mais financiamento para programas de saúde mental ou maior apoio à pesquisa psicológica. Ao mesmo tempo, profissionais e também o público leigo parecem não perceber a mensagem maior que essas estatísticas comunicam quando tomadas no seu conjunto. Se somarmos todos aqueles humanos que estão ou já estiveram deprimidos, dependendo de substâncias, ansiosos, irritados, autodestrutivos, alienados, preocupados, compulsivos, trabalhando em excesso, inseguros, terrivelmente tímidos, divorciados, evitando intimidade e estressados, somos levados a chegar a uma conclusão alarmante, ou seja, a de que o sofrimento psicológico é uma característica básica da vida humana.

Os seres humanos também infligem sofrimento uns aos outros continuamente. Pense em como é fácil coisificar e desumanizar os outros. A comunidade mundial está literalmente atordoada e cambaleante sob o peso da coisificação, com seus respectivos custos humanos e econômicos. Somos lembrados desse triste fato cada vez que temos de nos despir parcialmente para entrar em um avião ou colocar nossos pertences em uma esteira rolante para podermos entrar em um prédio do governo. As mulheres recebem quase um quarto a menos de remuneração do que os homens quando executam o mesmo trabalho. Minorias étnicas frequentemente encontram dificuldades para pegar um táxi nas grandes cidades. Arranha-céus são atacados por terroristas em aviões como um símbolo do que é odiado; em retaliação, bombas são jogadas do alto porque aqueles que são considerados maus podem estar vivendo lá embaixo. As pessoas não apenas sofrem; elas infligem sofrimento na forma de

preconceito, discriminação e estigma de forma tal que isso parece tão natural quanto respirar.

Nossos modelos subjacentes mais populares de saúde e patologia psicológica praticamente não abordam o sofrimento humano e sua imposição aos outros como problemas humanos gerais. As ciências comportamentais e médicas ocidentais parecem ter uma miopia bem desenvolvida para verdades que não se encaixam perfeitamente em seus paradigmas adotados. Apesar das evidências esmagadoras em contrário, nós também rapidamente conceituamos o sofrimento humano por meio de rótulos diagnósticos como se ele fosse um produto de desvios da norma biomédica. Preferimos ver a coisificação e a desumanização em termos éticos ou políticos – como se preconceito e estigma fossem estritamente atributos dos ignorantes ou imorais entre nós, e não dos leitores e escritores de livros como este. Há um “elefante na sala” que ninguém parece admitir. É difícil termos compaixão por nós mesmos e pelos outros. É difícil ser um ser humano.

NORMALIDADE SAUDÁVEL: O PRESSUPOSTO SUBJACENTE DO MAINSTREAM PSICOLÓGICO

A comunidade da saúde mental tem testemunhado e gerado a “biomedicalização” da vida humana. A civilização ocidental praticamente cultua a ausência de sofrimento físico ou mental. As maravilhas da medicina moderna “convenceram as pessoas de que a cura era a causa da saúde” (Farley & Cohen, 2005, p. 33) – não somente a saúde física, mas todas as suas formas. Pensamentos, sentimentos, lembranças ou sensações físicas penosas passaram a ser encarados predominantemente como “sintomas”. Considera-se que ter determinado tipo e número deles significa que você tem algum tipo de anormalidade ou mesmo algum tipo de doença. Os rótulos com frequência mascaram o papel significativo que o comportamento e o ambiente social desempenham na determinação da saúde física e mental das pessoas. Pessoas que costumavam ter desconforto desencadeado por ingerirem refeições pesadas associadas a alimentos gordurosos hoje simplesmente têm distúrbios que requerem que tomem um comprimido lilás. A falta de sono que deriva das escolhas comportamentais não saudáveis que as pessoas fazem em uma sociedade alerta 24 horas por dia, 7 dias da semana, é tratada como um transtorno que pode ser temporariamente atenuado por equipamento de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou por uma das novas medicações para o sono que, juntos, produzem vendas equivalentes a muitos bilhões de dólares. A mensagem de que problemas psicológicos devem em geral ser tratados de forma muito semelhante à que trataríamos uma doença médica se estende até mesmo ao fornecimento de água da sociedade ocidental contemporânea – na medida em que existem quantidades consideráveis de antidepressivos em nossos rios e até nos peixes que comemos (Shultz et al., 2010)! Mesmo quando são prescritas adequadamente, tais medicações causam um impacto clinicamente significativo superior ao placebo somente nos casos mais extremos (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008), os quais são muito poucos

para chegar a afetar o abastecimento de água, caso as drogas fossem prescritas unicamente com base no mérito científico.

A ideia de que o sofrimento é mais bem descrito em termos de uma normalidade bioneuroquímica tem outro lado atraente em sua superfície, isto é, que saúde e felicidade são os estados de homeostase natural da existência humana. Esse *pressuposto da normalidade saudável* se encontra no cerne das abordagens médicas tradicionais da saúde física. Se levarmos em conta o sucesso relativo da medicina física, não causa surpresa que a comunidade de saúde comportamental e mental também tenha adotado esse pressuposto. A concepção tradicional de saúde física é simplesmente ausência de doença. Considera-se que, deixado por sua conta, o corpo está propenso a ser saudável, mas que a saúde física pode ser perturbada por infecções, lesões, toxicidade, pelo declínio na capacidade física ou por desequilíbrios nos processos físicos. Igualmente, pressupõe-se que os seres humanos são inerentemente felizes, estão conectados com os outros, são altruístas e estão em paz consigo mesmos – mas que esse estado típico de saúde mental pode ser perturbado por determinadas emoções, pensamentos, lembranças, eventos históricos ou estados do cérebro.

Um corolário para o pressuposto da normalidade saudável é o de que *processos anormais se encontram na raiz dos transtornos mentais e físicos*. Esses pressupostos florescem e se transformam em pensamento e diagnóstico sindrômico. A identificação de síndromes – conjuntos de sinais (coisas que o observador pode ver) e sintomas (coisas das quais a pessoa se queixa) – é o primeiro passo habitual na identificação de uma doença. Doenças são entidades funcionais, ou seja, são distúrbios da saúde com uma etiologia conhecida, curso e resposta ao tratamento. Depois que as síndromes são identificadas, inicia-se a busca para encontrar os processos anormais que são considerados a origem desse grupo particular de resultados e para encontrar maneiras de alterar esses processos a fim de modificar os resultados indesejáveis.

Esses pressupostos e as estratégias diagnósticas que eles geram são, de modo geral, sensíveis dentro da área da saúde física, embora mesmo ali tenham limitações notáveis. Afinal de contas, saúde não é *meramente* a ausência de doença (Organização Mundial da Saúde, 1947), e sintomas médicos como febre, tosse, diarreia ou vômitos têm funções adaptativas que podem ser negligenciadas quando o foco é voltado unicamente para os sintomas, e não para suas possíveis funções (Trevathan, McKenna, & Smith, 2007). Ainda assim, dentro de limites amplos, o pressuposto da normalidade saudável funciona na medida em que a estrutura do corpo humano parece estar projetada para oferecer um grau razoável de saúde física como resultado natural da evolução biológica. Se determinados humanos não têm os genes adequados para uma saúde física suficiente para assegurar o sucesso reprodutivo, com o tempo a evolução geralmente elimina esses genes ou sua expressão. Sinais e sintomas físicos com frequência têm sido úteis como guias para a identificação de doença. A seleção natural, de modo geral, garante que o desenvolvimento estrutural de um organismo sirva às suas funções de autopreservação e reprodutivas. Portanto, desvios na estrutura costumam indicar anomalia e com frequência são úteis na identificação de doenças específicas. Por exemplo, no começo da epidemia de

HIV/aids, formas extremamente raras de câncer levaram os pesquisadores a focar em um subgrupo particular de pessoas, o que, por sua vez, simplificou a descoberta do vírus. A seleção natural, de forma isolada, não garante uma conexão tão próxima entre a forma e a função do comportamento, e a estratégia diagnóstica biomédica corre o risco de ultrapassar os limites quando aplicada ao sofrimento psicológico.

O MITO DA DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Nossa abordagem atual do sofrimento psicológico está baseada na ideia de que o exame das características topográficas (i.e., sinais, sintomas e agrupamentos destes) leva a entidades patológicas verdadeiramente funcionais que abarcam *por que* essas características surgem e *como melhor* alterá-las. O campo da psicopatologia foi dominado completamente por esses pressupostos e pelas estratégias analíticas resultantes. Poucos psicólogos e psiquiatras pesquisadores parecem ser capazes de evitar adotá-los. Seja como for, as doenças psiquiátricas são, na verdade, mais mito do que realidade.

Dada a extraordinária atenção direcionada para o modelo da anormalidade dentro da psicologia e da psiquiatria, é de causar surpresa observar que não foi feito praticamente nenhum progresso no estabelecimento das síndromes de saúde mental como entidades patológicas legítimas (Kupfer, First, & Regier, 2002). Depois de relatar o desgastado e antiquado exemplo de paresia geral, não há praticamente nenhuma outra história de sucesso para contar. De forma lamentável, essa ausência de sucesso não impede que os cientistas continuem insistindo que essas síndromes psicológicas em breve irão representar entidades patológicas distintas. Neste momento, estamos progredindo – como mostra a história – e estamos prestes a encontrar o gene, o neurotransmissor ou o neuromodulador responsável pela etiologia da doença psiquiátrica. Com o passar das décadas, aqueles com melhor memória deverão constatar a legitimidade de seu ceticismo original. Uma rápida consulta à listagem de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS) vai desmascarar a história, mostrando a miragem que ela é. Nenhuma das síndromes mais comuns de saúde mental conseguiu satisfazer nem mesmo os critérios mais básicos para ser legitimamente considerada como um estado patológico – mesmo transtornos graves como as esquizofrenias ou os transtornos bipolares.

Cada nova edição do DSM até o momento contém uma abundância de “novas” condições, subcondições e dimensões da patologia mental. A versão preliminar do DSM-5 deixa claro que essa tendência expansionista ainda perdura. Uma parte crescente da população humana continuará a ser inserida no âmbito da nosologia psiquiátrica dominante. O expansionismo diagnóstico seria aceitável se aumentasse a eficácia global do nosso sistema de saúde mental – *mas isso não acontece*. Em vez disso, confrontamo-nos com uma Torre de Babel clássica, na qual novas dimensões, conceitos e listas de sintomas são aglutinados formando uma nosologia com funcionamento deficiente para disfarçar as falhas do empreendimento em geral (veja Frances, 2010).

São inúmeras as deficiências no sistema diagnóstico atual, e abordaremos aqui apenas algumas delas. As taxas de “comorbidade” entre os transtornos são tão altas que desafiam a integridade da definição básica de todo o sistema. Por exemplo, os transtornos depressivos maiores têm taxas de comorbidade que se aproximam de 80% (Kessler et al., 2005). Tais taxas espantosamente altas representam mais um sistema diagnóstico deficiente do que a caracterização de uma verdadeira “comorbidade”. Além do mais, a utilidade do tratamento (Hayes, Nelson, & Jarret, 1987) dessas categorias é extremamente baixa, uma vez que os mesmos tratamentos funcionam com muitas síndromes (Kupfer et al., 2002). Essa observação compromete o propósito funcional principal do diagnóstico, isto é, o aumento da eficácia das decisões de tratamento. O sistema descarta formas importantes de sofrimento psicológico (problemas de relacionamento, crises existenciais, dependências comportamentais, etc.), e até mesmo seus defensores concordam que algumas vezes ele parece patologizar processos normais na vida, como luto, medo ou tristeza (Kupfer et al., 2002).

Em contextos do sistema de saúde mental pré-pago (em que “diagnosticar” para receber a cobertura do seguro não é mais necessário), a grande maioria dos clientes que recebem tratamento psicológico não tem nenhuma condição diagnosticável (Strosahl, 1994). Mesmo que os clientes recebam um rótulo como “transtorno de pânico com agorafobia” ou “transtorno obsessivo-compulsivo”, ainda assim a terapia terá que abordar outros problemas, como emprego, filhos, relacionamentos, identidade sexual, carreira, raiva, tristeza, problemas com álcool ou o sentido da vida. Tragicamente, à medida que a visão do sofrimento humano do DSM tem-se expandido pelo mundo e tem cada vez mais patologizado as dificuldades humanas normais, a capacidade das culturas não ocidentais de lidar com o sofrimento de uma maneira que mantenha o funcionamento comportamental e social decaiu, em vez de melhorar (Watters, 2010).

Um foco na síndrome nos levou a desenvolver abordagens de tratamento que enfatizam excessivamente a redução dos sintomas e minimizam os marcadores funcionais e positivos de saúde mental. Com frequência, os efeitos generalizados da psicoterapia no *status* funcional e na qualidade de vida são pequenos, e os efeitos mais marcantes tendem a ser observados com medidas da gravidade dos sintomas. As reduções na frequência e na gravidade dos sintomas estão apenas moderadamente relacionadas à melhora no funcionamento social ou a medidas mais amplas da qualidade de vida. No entanto, os estudantes de psicopatologia são devidamente treinados para conhecer praticamente todas as características de praticamente todas as categorias de síndromes. Periódicos de pesquisa em psicologia e psiquiatria clínica contêm muito pouco além de pesquisas sobre as síndromes; na maioria dos países que financiam a ciência da saúde mental, o custeio é quase inteiramente dedicado ao estudo dessas síndromes.

O problema não é apenas o foco no pensamento sindrômico. A psicologia positiva, por exemplo, redireciona nosso foco por meio do estudo dos pontos fortes e das virtudes que possibilitam que as comunidades e os indivíduos prosperem. Assim, isso repercute de muitas formas com a abordagem que desenvolvemos e defendemos neste livro. A psicologia positiva, no entanto, não poderá resolver integralmente as

dificuldades profundas inerentes ao sistema atual até que explore os processos dimensionais centrais que criam os padrões do sofrimento humano que vemos bem à frente dos nossos olhos. Ou seja, precisamos de uma *explicação*.

O sistema clínico tem abordado a área de saúde mental especificamente, e o sofrimento humano em geral, usando o pressuposto da normalidade saudável; em consequência, ele encara os estados mentais de sofrimento como sinais de transtorno e de doença. Se essa estratégia tivesse conduzido a formas muito mais efetivas de psicoterapia, haveria poucas razões para fazermos alguma objeção. “Sim”, poderíamos então dizer, “o sofrimento humano é universal, mas precisamos deixar isso para o padre, o pastor ou o rabino. Nosso trabalho é tratar e prevenir as síndromes clínicas. Afinal de contas, isso é o que os nossos clientes querem. E nós fazemos isso muito bem, na verdade”.

Mas não podemos fazer essa afirmação. Embora o campo tenha desenvolvido tratamentos razoavelmente efetivos para os “transtornos mentais” mais comuns, os tamanhos dos seus efeitos são modestos, e na maioria das áreas há anos não ocorre aumento apreciável nos tamanhos dos efeitos. A revolução da assistência baseada em evidências tem revelado esse problema repetidamente, mas poucos integrantes da comunidade científica parecem estar prestando atenção. Enquanto as verbas continuarem a ser transferidas para as universidades ou os institutos de pesquisa, todos estarão satisfeitos. Enquanto as revistas científicas focarem com tanta determinação no modelo de doença, ninguém vai perceber.

A maioria dos clínicos experientes irá prontamente expressar seu profundo ceticismo acerca do sistema diagnóstico atual e a sua opinião de que a ênfase em tratamentos baseados nos transtornos é insuficiente em alguns aspectos muito importantes. Os profissionais, de modo geral, percebem a discrepância entre o que foi prometido e o que foi realizado. Os clínicos frequentemente sugerem que a visão acadêmica está muito mais preocupada com a forma dos problemas de saúde mental e insuficientemente interessada nas funções que esses comportamentos têm na vida do cliente. Outros críticos apontam a aparente desconexão entre o tratamento clínico de um transtorno particular e as influências sociais, culturais e contextuais que conferem significado aos sintomas.

Até mesmo os pais da nosologia psiquiátrica estão começando a questionar a abordagem sindrômica. Quando fazemos palestras sobre os problemas inerentes à abordagem sindrômica, algumas vezes omitimos a procedência das citações que apresentaremos a seguir e então pedimos que a plateia dê um palpite sobre a fonte. Em geral, alguém na plateia imediatamente grita “Você!”, mas isso está incorreto. As considerações a seguir são extraídas do relatório do comitê de planejamento da Associação Americana de Psiquiatria para a quinta versão do DSM (Kupfer et al., 2002) – a mesma organização (atuando na mesma tradição) que construiu a Torre de Babel em que estamos vivendo. O relatório dificilmente poderia ser mais condenatório. Acrescentamos *itálico* para destacar algumas das confissões mais perturbadoras:

O objetivo de validar essas síndromes e de descobrir as etiologias comuns permanece difícil de definir. Apesar dos muitos candidatos propostos, *nenhum*

marcador laboratorial provou ser específico na identificação de *qualquer* síndrome definida pelo DSM. (p. xviii)

Estudos epidemiológicos e clínicos apresentaram taxas extremamente altas de comorbidades entre os transtornos, comprometendo a hipótese de que as síndromes representam etiologias distintas. Além disso, estudos epidemiológicos mostraram alto grau de instabilidade no diagnóstico de curto prazo para muitos transtornos. No que diz respeito ao tratamento, a falta de especificidade é a regra, e não a exceção. (p. xviii)

Muitas, se não a maioria, das condições e sintomas representam um excesso patológico arbitrariamente definido de comportamentos normais e processos cognitivos. Esse problema levou à crítica de que o sistema patologiza experiências comuns da condição humana. (p. 2)

A adoção *servil*, por parte dos pesquisadores, das definições do DSM-IV pode ter *atrapalhado* a pesquisa sobre a etiologia dos transtornos mentais. (p. xix)

A reificação das entidades do DSM-IV, a ponto de serem consideradas equivalentes a doenças, *mais provavelmente irá obscurecer do que elucidar os resultados das pesquisas*. (p. xix)

Todas essas limitações no paradigma diagnóstico atual sugerem que pesquisas exclusivamente focadas no refinamento das síndromes definidas pelo DSM podem *nunca* ter sucesso em descobrir suas etiologias subjacentes. Para que isso aconteça, será necessário que ocorra uma mudança para um paradigma ainda desconhecido. (p. xix)

Apesar da honestidade do relatório do grupo de trabalho, o lançamento da versão do DSM-5 mostra claramente que aqueles que controlam nossa nosologia psiquiátrica ainda não resolveram esses problemas (Frances, 2010).

O grupo de trabalho estava correto em sua percepção de que se faz necessária uma abordagem verdadeiramente nova. Este livro aborda como promover uma mudança de paradigma necessária – em nossos clientes, em nossa área e em nós mesmos. Essa mudança é em parte presuntiva, comportamental e experimental, mas é também intelectual. O campo necessita de um modelo transdiagnóstico unificado que esteja ligado a um esforço científico mais amplo de criar uma psicologia mais útil e integrada (veja também Barlow, Allen, & Choate, 2004).

A PERSPECTIVA DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A abordagem descrita neste livro é denominada terapia de aceitação e compromisso, ou ACT (do inglês *acceptance and commitment therapy*). ACT é sempre pronunciada

como uma palavra (em inglês, “agir”), e não como letras individuais, talvez porque A-C-T soe mais como E-C-T (em inglês, sigla para eletroconvulsoterapia), o que não é uma associação favorável,² e mais positivamente porque o termo nos faz lembrar que essa abordagem encoraja o envolvimento ativo na vida.

Segundo uma perspectiva da ACT, o sofrimento humano emerge predominantemente de processos psicológicos normais, sobretudo aqueles que envolvem a linguagem humana. Mesmo quando está presente uma disfunção fisiológica (como no diabetes ou na epilepsia, por exemplo), a máxima de que “O bom médico trata a doença; o ótimo médico trata o paciente que tem a doença” é uma doutrina sólida.

A observação anterior não significa que não existam processos anormais. Eles evidentemente existem. Se uma pessoa sofre uma lesão cerebral e se comporta estranhamente em consequência disso, esse comportamento não é atribuído unicamente a processos psicológicos normais (muito embora esses processos ainda possam ser relevantes ao se lidar com as consequências do dano cerebral).

A mesma observação pode algum dia se mostrar verdadeira para esquizofrenia, autismo, transtorno bipolar, etc., embora as reais evidências para uma etiologia orgânica simples nessas áreas sejam muito limitadas, conforme demonstrado pela ausência de marcadores biológicos específicos e sensíveis para essas condições (veja a primeira “confissão perturbadora” de Kupfer et al., 2002, anteriormente). No entanto, mesmo com tais doenças mentais graves, o modelo subjacente à ACT sustenta que os processos comuns incorporados na linguagem e no pensamento autorreflexivos podem na verdade *aumentar* as dificuldades centrais associadas a tais condições (para evidências mais detalhadas sobre esse ponto, veja o Capítulo 13). Independentemente de quantas vezes uma pessoa escuta ou quantos ataques de pânico ela experimenta, esse indivíduo é um ser humano que pensa, sente e recorda. A forma como uma pessoa responde a, digamos, uma alucinação pode ser mais crítica para o funcionamento sadio do que a alucinação em si, e, segundo uma perspectiva da ACT, essa resposta é predominantemente determinada por processos psicológicos normais.

O exemplo do suicídio

Não existe um exemplo mais dramático do grau em que o sofrimento faz parte da condição humana do que o suicídio. A morte por uma escolha deliberada é evidentemente o desfecho menos desejável que podemos imaginar na vida; no entanto, uma proporção surpreendentemente considerável da humanidade em algum momento na vida considera se matar, e um número alarmantemente grande desses indivíduos realmente tenta colocar esse ato em prática.

Suicídio é o ato consciente, deliberado e intencional de tirar a própria vida. Dois fatos são claramente evidentes em relação ao suicídio: (1) ele é universal nas sociedades humanas e (2) provavelmente está ausente entre todos os outros organismos vivos. As teorias existentes do suicídio têm dificuldade para explicar esses dois fatos de forma lógica. Há relatos de suicídio em todas as sociedades

humanas, tanto atualmente quanto no passado. Cerca de 11,5 por 100 mil pessoas nos Estados Unidos cometem suicídio a cada ano (Xu, Kochanek, Murphy, & Tejada-Vera, 2010), representando em torno de 35 mil mortes em 2007. Sua ocorrência é praticamente inexistente entre bebês e crianças muito pequenas, mas começa a aparecer durante os primeiros anos escolares. Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio são muito comuns na população em geral. Um estudo recente encomendado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration encontrou uma taxa anual calculada de ideação suicida grave entre aproximadamente 8,3 milhões de indivíduos, com tentativas suicidas anuais entre jovens adultos próximas a 1,2% nessa faixa etária – com níveis mais altos de incidência associados a abuso de substâncias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). Estudos da incidência ao longo da vida sugerem que cerca de 10% de todas as pessoas em algum momento irão fazer uma tentativa contra suas vidas, e outras 20% irão apresentar ideação suicida e desenvolver um plano e meios para colocá-lo em prática. Assim, aproximadamente metade da população total irá experimentar níveis moderados a severos de suicidalidade em suas vidas (Chiles & Strosahl, 2004). Essa é uma cifra assustadoramente alta para explicar se devemos ver a suicidalidade como “anormal”.

Também relevante para nossa discussão é o fato de que o suicídio é totalmente ausente entre não humanos. Com o tempo, várias exceções alegadas foram observadas em relação a essa generalização, mas, ao exame, elas se revelaram falsas. Lemingues noruegueses são talvez o exemplo mais clássico. Quando a densidade de sua população atinge um ponto que não pode ser mantido, o grupo inteiro se engaja em um padrão confuso de corrida que leva à morte de muitos deles – geralmente por afogamento. Porém, suicidalidade implica não meramente a morte, mas também atividades individuais que levam o indivíduo à morte pessoal como uma consequência deliberada dessa atividade. Quando um lemingue cai na água, ele tenta escalar, e quando tem sucesso ele permanece fora d’água, mas há inúmeros casos documentados de uma pessoa saltando de uma ponte, sobrevivendo e, então, imediatamente saltando da mesma ponte outra vez.

Nos humanos, a autoeliminação pode servir a uma variedade de propósitos, mas seus propósitos declarados geralmente se originam do léxico diário da emoção, da memória e do pensamento. Por exemplo, quando bilhetes suicidas são examinados, eles tendem a ter mensagens que enfatizam a pesada carga de viver e a conceitualização de um futuro estado de existência (ou não existência) em que essas cargas serão retiradas (Joiner et al., 2002). Embora os bilhetes suicidas com frequência expressem amor por outras pessoas e um sentimento de vergonha pelo ato, também costumam expressar que a vida é penosa demais para ser suportada (Foster, 2003). As emoções e os estados mentais mais comuns associados ao suicídio incluem culpa, ansiedade, solidão e tristeza (Baumeister, 1990).

O fenômeno do suicídio demonstra os limites e as falhas da perspectiva do sofrimento humano com base na síndrome. Suicídio não é uma síndrome, e muitas pessoas que acabam com a própria vida não podem ser simplesmente classificadas com um rótulo sindrômico bem definido (Chiles & Strosahl, 2004). Se a forma de atividade mais dramaticamente “nociva” que existe está presente em certa medida

nas vidas da maioria dos humanos, mas não entre outros seres sencientes, somos levados a uma conclusão óbvia: a de que deve haver algo peculiar na condição de ser humano que faz com que seja assim. Mais precisamente, deve haver um processo em funcionamento que leva tão prontamente a tamanho sofrimento psicológico – um processo que é unicamente característico da psicologia humana. A estratégia de pesquisa que apoia a psicopatologia contemporânea não irá necessariamente detectar esse processo porque ela não está especificamente focada nos detalhes mundanos cotidianos das ações humanas. Mesmo que atribuíssemos a quase todas as pessoas um ou mais rótulo diagnóstico, nenhum progresso no estudo da psicopatologia diminuiria nossa obrigação de abordar e explicar melhor a universalidade do sofrimento humano. Todos os seres humanos têm suas dores – só que uns mais do que outros. Com efeito, é normal ser “anormal”.

Normalidade destrutiva

A universalidade do sofrimento por si só sugere que ele se origina dentro de processos que se desenvolveram para promover a adaptabilidade do organismo humano. Essa observação é a ideia central por trás do *pressuposto da normalidade destrutiva*, a ideia de que processos psicológicos humanos comuns e até mesmo úteis podem conduzir a resultados destrutivos e disfuncionais, amplificando ou exacerbando quaisquer condições fisiológicas e psicológicas anormais que possam existir.

Quando a ACT estava sendo desenvolvida durante a década de 1980, ela foi projetada como uma abordagem transdiagnóstica de tratamento baseada nos processos centrais comuns que acreditávamos que explicavam o sofrimento psicológico humano. Começamos com algumas perguntas relativamente simples e diretas:

Como é possível que pessoas inteligentes, sensíveis e atenciosas que têm tudo o que necessitam para sobreviver e prosperar na vida precisem suportar tal sofrimento?

Existem processos humanos universais que de alguma maneira estejam ligados ao sofrimento generalizado?

Podemos desenvolver uma compreensão teórica sólida de como o sofrimento se desenvolve e então aplicar intervenções psicológicas para neutralizar ou reverter os processos centrais responsáveis?

Uma pista importante para que possamos encontrar respostas significativas a essas perguntas desafiadoras exigiu apenas que nos olhássemos no espelho. Envolto pelo escudo protetor redondo da cabeça encontrava-se um órgão com um lado positivo extremamente brilhante e uma contrapartida igualmente perturbadora.

É humilhante observar que esta ideia – a de que processos psicológicos normais e necessários funcionam de forma muito semelhante a uma faca de dois gumes – é básica para muitas tradições religiosas e culturais, porém é muito menos valorizada na psicologia e em outras ciências comportamentais. A tradição judaico-cristã (e, na verdade, a maioria das tradições religiosas, tanto ocidentais quanto orientais) adota a

ideia de que o sofrimento humano faz parte do normal estado das coisas na vida. É importante examinar essa tradição religiosa como um exemplo concreto do quanto a euforia por síndromes médicas nos afastou de nossas raízes culturais nessas questões. O Gênesis, o princípio de todas as coisas, parece ser um lugar apropriado por onde começar nossa análise da linguagem humana e do sofrimento humano.

As origens do sofrimento segundo a tradição judaico-cristã

A Bíblia é muito clara em relação à fonte original do sofrimento humano. Na história do Gênesis, “E disse Deus: ‘Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança’” (Gen. 1:26 [Nova Versão Internacional]), Adão e Eva foram colocados em um jardim idílico. Os primeiros humanos eram inocentes e felizes: “O homem e sua mulher estavam nus e não sentiam vergonha” (Gen. 2:25). Eles recebem apenas uma ordem: “Não comerás da árvore do conhecimento do bem e do mal, porque no dia em que dela comeres, certamente morrerás” (Gen. 2:17). A serpente diz a Eva que ela não morrerá se comer daquela árvore, mas que “Deus sabe que quando dela comeres teus olhos se abrirão e serás como Deus, conhecendo o bem e o mal” (Gen. 3:5). Acontece que a serpente estava correta até certo ponto, porque quando a fruta é comida “Os olhos dos dois se abriram e eles perceberam que estavam nus” (Gen. 3:7).

Esta é uma história poderosa e muito instrutiva. Quando questionadas se é bom conhecer a diferença entre o bem e o mal, a maioria das pessoas religiosas certamente diria que ter tal conhecimento representa o próprio epítome do comportamento moral. Pode ser que sim, porém a história do Gênesis sugere que ter esse tipo de conhecimento avaliativo também representa o epítome de mais alguma coisa, isto é, a perda da inocência humana e o início do sofrimento humano.

Na história bíblica, os efeitos do conhecimento avaliativo são imediatos e diretos. Os efeitos negativos adicionais da punição de Deus vêm posteriormente. Adão e Eva já estavam sofrendo antes que Deus descobrisse sua desobediência. Quando Adão e Eva descobriram que estavam nus, eles imediatamente “coseram folhas de figueira e fizeram cintas para si” (Gen. 3:7 [Nova Versão Internacional]) e “esconderam-se da presença do Senhor Deus entre as árvores do jardim. E chamou o Senhor Deus a Adão: ‘Onde estás?’ Ele respondeu: ‘Ouvi a tua voz soar no jardim e temi porque estava nu; e me escondi’. E disse Deus: ‘Quem lhe disse que você estava nu? Por acaso você comeu do fruto da árvore?’” (Gen. 3:8-11). O que acontece em seguida é igualmente significativo. Adão culpa Eva por convencê-lo a comer do fruto da árvore, e Eva culpa o demônio.

Há algo de muito triste em relação a essa narrativa descrevendo o primeiro caso de vergonha e culpa humanas. Ela aborda algo muito profundo dentro de nós relacionado à nossa própria perda da inocência. Os humanos comeram o fruto da Árvore da Sabedoria: somos capazes de classificar, avaliar e julgar. Como conta a história, nossos olhos se abriram – porém a um custo terrível! Somos capazes de julgar a nós mesmos e nos percebemos desejosos; podemos imaginar ideais e achar o presente inaceitável por comparação; podemos reconstruir o passado; somos capazes de vislumbrar futuros que ainda não são evidentes e, então, podemos nos preocupar

com a morte por atingi-los; podemos sofrer com o conhecimento certo de que nós e nossos entes queridos iremos morrer.

Cada nova vida humana reconstitui essa antiga história. As crianças pequenas são a própria essência da inocência humana. Elas correm, brincam, sentem – e, como no Gênesis, quando estão nuas não sentem vergonha. As crianças constituem um modelo para o pressuposto da normalidade saudável, e sua inocência e vitalidade fazem parte do motivo pelo qual o pressuposto parece tão obviamente verdadeiro. Porém, essa visão começa a se dissipar à medida que as crianças adquirem a linguagem e se tornam cada vez mais semelhantes às criaturas adultas que elas veem refletidas todos os dias em seus espelhos. Os adultos inevitavelmente arrastam seus filhos para fora do Jardim com cada palavra, conversa ou história que contam a elas. Ensinamos as crianças a falar, pensar, comparar, planejar e analisar. E, quando fazemos isso, sua inocência se desfaz como as pétalas de uma flor, para ser substituída pelos espinhos e os galhos rígidos do medo, da autocrítica e do fingimento. Não podemos impedir essa transformação gradual, nem somos capazes de suavizá-la completamente. Nossos filhos precisam ingressar no mundo aterrador do conhecimento verbal. Eles precisam passar a ser como nós.

As grandes religiões do mundo foram algumas das primeiras tentativas organizadas de resolver o problema do sofrimento humano. Isso quer dizer que todas as grandes religiões têm um lado místico e que todas as tradições místicas compartilham uma característica definidora: todas elas reúnem práticas que são orientadas para a redução ou a transformação do domínio da linguagem analítica sobre a experiência direta. A diversidade de métodos é impressionante. O silêncio é observado por horas, dias, semanas; charadas verbais insolúveis são contempladas; a própria respiração é monitorada durante dias de cada vez; mantras são repetidos interminavelmente; cânticos são repetidos por horas a fio; e assim por diante. Até mesmo os aspectos não místicos das grandes tradições religiosas – que se baseiam na linguagem literal e analítica – com frequência focam em atos que não são puramente analíticos. A teologia judaico-cristã, por exemplo, requer que tenhamos fé em Deus (a raiz de *fé* provém do latim *fides*, que significa algo mais próximo de fidelidade do que de crença lógica e analítica). O budismo foca nos custos do apego. Diferentes religiões variam os detalhes da narrativa, mas os temas em geral são os mesmos. Em sua tentativa de busca do conhecimento, os humanos perderam sua inocência, e o sofrimento é um resultado natural disso. Apesar dos excessos a que a religião muitas vezes está propensa, há uma grande sabedoria nessa perspectiva. Para se ter uma ideia, a tradição relativamente recente da psicoterapia apenas agora está se aproximando disso.

Os efeitos positivos e negativos da linguagem humana

A essência da abordagem da ACT está baseada na ideia de que a linguagem humana dá origem tanto às realizações humanas quanto ao sofrimento humano. Por “linguagem humana” não nos referimos à mera vocalização humana, nem ao inglês como oposto ao idioma francês. Da mesma forma, não estamos nos referindo

meramente à sinalização social, como quando nosso cachorro late pedindo comida ou quando um esquilo emite um grito de alerta. Em vez disso, referimo-nos à atividade simbólica em qualquer forma que ela ocorra – seja por meio de gestos, figuras, formas escritas, sons ou o que quer que seja.

Embora pareça haver ampla concordância de que os primeiros humanos eram capazes de utilizar símbolos (baseados em suas práticas funerárias, por exemplo), o uso sofisticado dessas habilidades é espantosamente recente. Os primeiros registros permanentes e inquestionáveis de atividade simbólica humana sofisticada parecem ser os desenhos rupestres de apenas 10 mil anos atrás. As primeiras evidências de linguagem escrita como a conhecemos têm cerca de 5.100 anos de idade. O alfabeto foi inventado apenas há 3.500 anos. Mesmo dentro do registro escrito formal dos assuntos humanos, existe uma clara progressão das habilidades verbais. Apenas há alguns milhares de anos, as pessoas comuns devem ter experimentado autoverbalizações como declarações dos deuses ou de outras entidades invisíveis (Jaynes, 1976), e nas primeiras histórias escritas “pensar por conta própria” era visto como perigoso (p. ex., veja a análise de Jayne [1976] de *Ilíada* e *A Odisseia*). Hoje em dia, os adultos normais manipulam uma variedade de estímulos simbólicos (tanto abertamente quanto de forma relativamente velada) da manhã à noite enquanto simultaneamente atuam no mundo.

O progresso da humanidade pode ser relacionado diretamente a esses mesmos marcos verbais. O desenvolvimento das grandes civilizações foi impulsionado pela linguagem escrita, e as grandes religiões pelo mundo se desenvolveram não muito tempo depois. A enorme expansão da capacidade da espécie humana de alterar seu ambiente imediato por meio da tecnologia começou com a ascensão gradual da ciência e vem crescendo exponencialmente desde então.

O progresso resultante é surpreendente, superando nossa habilidade de apreciar as múltiplas e várias mudanças. Há aproximadamente 200 anos, a expectativa média da vida humana era de 37 anos; agora se aproxima de 88! Cerca de 100 anos atrás, um agricultor americano conseguia alimentar em média apenas outras quatro pessoas; hoje, são 200! Cinquenta anos atrás, o *Dicionário de Inglês Oxford* pesava 13 quilos e ocupava 1 metro do espaço na prateleira; atualmente, ele cabe em um *pen-drive* de 30 gramas ou pode ser acessado via *web* de praticamente qualquer lugar!

Esse tipo de ladainha “surpreendente” é fácil de descartar porque o impacto das habilidades verbais humanas de hoje é tão grande que é quase incompreensível. Mas não podemos avaliar plenamente o dilema humano se não vemos claramente a natureza e a velocidade do progresso humano. O sofrimento e a coisificação humanos só podem ser entendidos no contexto das realizações humanas porque a origem mais importante de ambos é a mesma – a atividade simbólica humana. Os psicoterapeutas, melhor do que a maioria das pessoas, conhecem o lado obscuro desse progresso.

Pedir que seres humanos individuais questionem a natureza e o papel da linguagem em suas próprias vidas é equivalente a pedir que um carpinteiro questione a utilidade de um martelo. A mesma injunção se aplica aos leitores deste livro. Você não pode ser um bom terapeuta de ACT se tomar as palavras como certas, corretas e verdadeiras em vez de perguntar: “Quão *eficazes* elas são?”. Essa observação se aplica até mesmo às palavras que você está lendo. Martelos não são bons para tudo, e a

linguagem também não é boa para tudo. Precisamos aprender a usar a linguagem sem sermos consumidos por ela. Precisamos aprender a manejá-la em vez de ela nos manejar – os clínicos e também os clientes.

O desafio da dor psicológica para criaturas com linguagem

Quando não humanos são expostos a estímulos aversivos, eles reagem de forma previsível. Eles se engajam em imediato comportamento de esquiva, emitem gritos de aflição, são hostis ou colapsam em um estado de imobilização. Essas reações de estresse geralmente têm um tempo limitado e estão associadas à presença de estímulos condicionados ou incondicionados. O comportamento relacionado ao estresse normalmente retornará aos níveis básicos depois que o evento aversivo for removido e a excitação autonômica abrandar.

Os humanos são criaturas muito diferentes, principalmente devido à sua capacidade de se engajar em atividade simbólica. Os humanos podem suportar eventos aversivos; criar semelhanças e diferenças entre os eventos; e formar relações entre eventos históricos e eventos atuais com base nas semelhanças construídas. Podem fazer previsões sobre situações que ainda não foram experimentadas. Podem responder como se um evento aversivo estivesse presente quando ele já foi retirado há décadas. As poderosas funções indiretas da linguagem e da cognição superior criam o potencial para sofrimento psicológico na ausência de pistas ambientais imediatas; no entanto, estas são as habilidades cognitivas mais valorizadas e úteis no avanço humano.

Parece improvável que os primeiros humanos tenham desenvolvido habilidades cognitivas primariamente para ponderar sobre a própria adequação ou para se indagarem para onde estão se dirigindo na vida. A linguagem humana foi selecionada com base em consequências muito mais substanciais da vida e da morte e do controle social. Os humanos são uma das espécies mais cooperativas conhecidas. De fato, cooperação social é provavelmente um contexto necessário para os processos de seleção multinível (dentro e entre os grupos) que originalmente podem ter gerado a cognição humana (Wilson & Wilson, 2007). As adaptações individuais (dentes grandes ou melhor camuflagem, por exemplo), em geral, são egoisticamente vantajosas, embora adaptações sociais maiores possam ser mais altruístas porque proporcionam vantagens na competição entre os grupos. Cooperação também é uma característica conceitual essencial na evolução da linguagem porque a linguagem simbólica é útil, antes de qualquer coisa, para a comunidade mais ampla (Jablonka & Lamb, 2005). No entanto, embora a cognição humana tenha levado a uma maior capacidade para detectar e afastar as ameaças ao grupo, para coordenar o comportamento do clã e para assegurar que essa propagação ocorra, ela também nos deu ferramentas cognitivas que podem se voltar despercebidamente contra nossos melhores interesses.

No mundo desenvolvido, as pessoas raramente se defrontam com ameaças imediatas à sobrevivência. Elas têm o tempo e o incentivo para pensar sobre qualquer coisa prática: sua história, sua aparência física, seu lugar na vida comparando com

onde achavam que estariam, o que outras pessoas pensam sobre elas, etc. A cultura humana do mundo civilizado evoluiu de modo a aproveitar nossas habilidades simbólicas. A linguagem evoluiu para incluir cada vez mais termos que descrevem e avaliam vários estados da mente ou da emoção. À medida que esses termos evoluem, as experiências podem ser classificadas e avaliadas. À medida que os seres humanos cada vez mais olham para dentro de si, a vida começa a parecer mais um problema a ser resolvido do que um processo a ser plenamente experimentado.

Podemos ver essa tendência começar externamente, mas por fim se voltar para dentro na própria estrutura e história de nossas línguas modernas. As primeiras palavras nas línguas humanas quase sempre estão relacionadas a externalidades: leite, carne, mãe, pai, etc. Somente foi possível falar sobre o “mundo interno” muito mais tarde, por meio do desenvolvimento de palavras que funcionassem como metáforas baseadas em situações externas comuns. Essa progressão é facilmente vista na etimologia das palavras disposicionais (Skinner, 1989). Por exemplo, “querer” alguma coisa provém de uma palavra que significa “faltando”; “pender” provém de uma palavra que significa “inclinarse”. Praticamente todos os termos disposicionais são assim.

Quando aprendemos a nos voltar para o interior, nossas habilidades verbais e cognitivas (nossas “mentes”) começam a nos alertar com alarmes sobre estados psicológicos passados e futuros em vez de apenas alarmes sobre ameaças externas. Casos normais de dor psicológica se tornam o foco de nossa solução de problemas cotidiana – com resultados tóxicos. Esse processo de aplicação de um processo útil a um alvo inapropriado é similar à forma como as alergias envolvem a má aplicação de um processo útil das defesas corporais contra organismos intrusos aos próprios processos corporais. O sofrimento humano envolve predominantemente a má aplicação de processos psicológicos de solução de problemas (que em outros contextos podem ser positivos) a casos normais de dor psicológica. Em outras palavras, nosso sofrimento representa um tipo de reação alérgica ao nosso próprio mundo interno.

Não é possível eliminar o sofrimento eliminando a dor. A existência humana contém desafios inevitáveis. Pessoas que amamos serão feridas, e pessoas próximas a nós morrerão – na verdade, estamos conscientes desde uma tenra idade de que com o tempo todos nós vamos morrer. Nós também ficaremos doentes. As funções vão diminuir. Amigos e amantes vão nos trair. A dor é inevitável, e (devido às nossas inclinações simbólicas) rapidamente nos lembramos dessa dor e podemos trazê-la para a consciência em determinado momento. Essa progressão significa que os seres humanos conscientemente se expõem a quantidades excessivas de dor – apesar das nossas consideráveis habilidades para controlar suas fontes no ambiente externo. Mesmo assim, uma grande dor não é, por si só, causa suficiente para o verdadeiro sofrimento humano. Para que isso ocorra, o comportamento simbólico precisa ser levado um pouco mais além.

O canto das sereias do sofrimento: fusão e esquiva

No clássico poema grego *A Odisseia*, de Homero, Odisseu e seu bando de guerreiros procuram retornar a seus lares na Grécia após o fim da Guerra de Troia. Eles navegam pelo traiçoeiro Mar Egeu, enfrentando muitos perigos pelo caminho, talvez nenhum mais desafiador do que o encontrado quando passam pela ilha das sereias. As sereias são criaturas adoráveis que ficam escondidas nas rochas ao longo da costa, entoando cantos que prometem o conhecimento do futuro. Os cantos são irresistíveis porque se dirigem ao desejo pelo conhecimento de cada marinheiro, porém aqueles que são arrebatados inevitavelmente encontram seu destino. Alertado previamente por Circe sobre esse perigo iminente, Odisseu ordena que seus homens tapem seus ouvidos com cera de abelha. Entretanto, por desejar ouvir o canto das sereias, ele ordena que seus homens o amarrem ao mastro principal e em nenhuma circunstância o desamarrem até que o barco esteja muito além da costa da ilha. Quando o navio passa pela ilha, Odisseu fica tão encantado com o canto das sereias que implora e apela que seus homens o desamarrem, mas eles se recusam, sabendo que ele irá saltar no mar e morrer.

A história de Odisseu e do canto das sereias fala da relação básica dos humanos com o lado obscuro da sua própria força mental e do seu entrelaçamento com o conhecimento verbal. E, assim como na história do Gênesis, a história alerta quanto ao aspecto ambivalente do conhecimento verbal. Podemos começar a entender o alerta focando em dois processos principais: fusão cognitiva e esquiva experiencial – o “canto das sereias” do sofrimento humano (Strosahl & Robinson, 2008).

Fusão cognitiva

Ocorre sofrimento quando as pessoas acreditam tão fortemente nos conteúdos literais de sua mente que ficam *fusionadas* com suas cognições. Nesse estado de fusão, a pessoa não consegue distinguir entre consciência e narrativas cognitivas, já que cada pensamento e seus referentes estão fortemente ligados. Essa combinação significa que a pessoa tem maior probabilidade de seguir cegamente as instruções que são socialmente transmitidas por meio da linguagem. Em algumas circunstâncias, esse resultado pode ser adaptativo, mas, em outros casos, as pessoas podem se engajar repetidamente em conjuntos de estratégias ineficazes porque para elas parecem ser “certas” ou “justas” apesar das consequências negativas no mundo real. Pessoas que se fundem às próprias cognições provavelmente irão ignorar a experiência direta e se tornar relativamente alheias às influências ambientais. Com muita frequência, as pessoas entram em terapia devido ao desgaste emocional de tais consequências, na esperança de uma redução no desconforto dos sintomas. Mas elas não têm a intenção de mudar sua abordagem básica porque sua abordagem é efetivamente invisível para elas. É como se estivessem aprisionadas pelas regras que se originam em sua própria mente. Essas regras não são organizadas de forma aleatória; pelo contrário, no nível do conteúdo, elas seguem uma diretiva cultural específica sobre saúde pessoal e como melhor atingi-la. No nível do processo, elas estão implicitamente baseadas no pressuposto de que regras verbais e a solução de problemas deliberada são a melhor ou até mesmo a única forma de resolver problemas.

Considere, por exemplo, clientes com distímia, os quais diariamente têm diálogos internos que interferem em sua experiência direta de vida. Na maior parte do tempo, esses processos de pensamento envolvem “verificar” se eles estão “se sentindo bem”. Se o cliente vai a uma reunião social, não vai demorar muito para que comecem a surgir perguntas de autorreflexão. Por exemplo, ele pode rapidamente se perguntar: “Bem, como estou me inserindo?”. A busca de pistas ambientais se inicia. O indivíduo faz uma varredura nas pessoas próximas para ver se está sendo feito contato visual, se as pessoas estão olhando para outro lado ou se ele está sendo totalmente ignorado. Depois, são verificados os estímulos auditivos para ver se as pessoas estão dizendo coisas humilhantes ou o ridicularizando. O cliente se engaja em atos adicionais de autorreflexão: “Quão bem estou me relacionando com essas pessoas?”, “Estou realmente sendo eu mesmo?”, “Estou apenas fingindo estar feliz e normal?”, “Eles podem realmente ver que não estou tão feliz quanto finjo estar?”, “Afim, por que estou fingindo para as pessoas?”, “Achei que eu viria a esta festa para me divertir um pouco e ficar feliz, mas agora me sinto pior do que nunca!”. O ruído interno causado pelo automonitoramento que o cliente faz das causas e dos efeitos emocionais se torna tão crônico que, para ele, é praticamente impossível engajar-se em qualquer atividade sem quase imediatamente destruir seu sentimento de “estar presente” ou ser espontâneo.

Em um estado fusionado, a pessoa com distímia segue a regra de que há uma “forma certa de ser” e de que a “forma certa” é feliz. Atingir a forma certa de se sentir se transforma em um esforço constante – um esforço que muitos clientes compartilham. Para o cliente com transtorno de pânico, o principal esforço é contra a ansiedade, pensamentos de morte, perda do controle ou perda da razão. A fim de manter o controle, o cliente deve estar vigilante para reconhecer os primeiros sinais de que reações indesejáveis estão ocorrendo. Ele precisa examinar as sensações corporais, os processos de pensamento, as predisposições comportamentais e as reações emocionais para sinais de fracasso (ou sucesso) iminente. A solução para a busca por sentir-se da forma certa aparentemente reside em mais vigilância, mais rastreamento do ambiente interno e externo e mais controle. No entanto, o ciclo autoimposto pelo cliente de monitoramento, avaliação, resposta emocional, esforços de controle e mais automonitoramento não é uma solução para esses transtornos; ao contrário, ele é o próprio transtorno.

Desvencilhar as pessoas das suas mentes é um dos principais objetivos da ACT, mas isso é muito mais fácil de dizer do que de fazer, tanto para os clínicos como para os clientes. As pessoas recorrem às suas mentes porque linguagem e pensamento são veículos extremamente efetivos no mundo cotidiano. Você deve definitivamente prestar atenção ao que sua mente está dizendo quando está fazendo seu imposto de renda, consertando uma máquina ou tentando atravessar uma rua em um cruzamento movimentado. O problema é que não somos treinados para discriminar quando a mente é útil e quando não é e não desenvolvemos as competências para passar de um modo de solução de problemas da mente fusionado para um modo da mente engajado em descrever. A mente é ótima quando se trata de inventar aparelhos, construir planos de negócios ou organizar programações diárias. Porém, isoladamente, a mente é muito menos útil em aprender a estar presente, aprender a

amar ou descobrir como melhor carregar consigo as complexidades de uma história pessoal. O conhecimento verbal não é o único tipo de conhecimento que existe. Precisamos aprender a usar nossas competências analíticas e avaliativas quando isso promove operacionalidade e usar outras formas de conhecimento quando elas servem melhor aos nossos interesses. Com efeito, o objetivo final da ACT é ensinar os clientes a fazer essas distinções a serviço da promoção de uma vida mais viável.

Esquiva experiencial

Outro processo-chave no ciclo do sofrimento é a *esquiva experiencial*. Ela é uma consequência imediata da fusão com instruções mentais que encorajam a supressão, o controle ou a eliminação de experiências cuja expectativa é a de que sejam estressantes. Para o cliente que se engaja em padrões distímicos, o objetivo pode ser sentir-se da forma certa e evitar sentimentos ou pensamentos que o desviam do seu objetivo. Para o cliente que demonstra padrões obsessivo-compulsivos, o objetivo pode ser suprimir certos pensamentos ou controlar sentimentos de desgraça. Para o cliente com transtorno de pânico, o objetivo primordial é evitar experimentar ansiedade e pensamentos de morte, perda do controle ou perda da razão. (Ao longo de todo o tempo, durante o tratamento, o clínico também pode estar resistindo a impulsos de sentir-se impotente, tolo ou perdido.)

Há um paradoxo inerente na tentativa de evitar, suprimir ou eliminar as experiências privadas indesejáveis na medida em que frequentemente tais tentativas levam a um *recrudescimento* na frequência e na intensidade das experiências a serem evitadas (Wenzlaff & Wegner, 2000). Como a maior parte do conteúdo angustiante por definição não está sujeita à regulação comportamental voluntária, só resta ao cliente uma estratégia principal: esquiva emocional e comportamental. O resultado no longo prazo é que a vida da pessoa começa a se restringir, as situações evitadas se multiplicam e se deterioram, os pensamentos e sentimentos evitados se tornam mais preponderantes, e a capacidade de estar no momento presente e desfrutar a vida gradualmente diminui.

O impacto do canto das sereias

Tanto a fusão cognitiva quanto a esquiva experiencial afetam significativamente quem pensamos que somos. Ficamos cada vez mais enredados em nossas auto-histórias, e as ameaças às nossas autoconcepções se tornam centrais. As possibilidades que são externas à nossa narrativa oficial devem ser evitadas ou negadas. Essa consequência vale tanto para as histórias que são horríveis quanto para as que são ilusoriamente positivas. Inevitavelmente nos esquivamos de reconhecer os erros para salvar as aparências, mas ao custo de deixarmos de aprender com eles. Pessoas que padecem de transtorno de pânico com frequência irão declarar “Eu sou *agorafóbico*” – como se seus problemas definissem quem elas são – e irão se ater às particularidades de sua patologia ou à peculiaridade e ao poder explanatório de sua trágica história como se isso fosse seu principal direito de nascença. As pessoas com

frequência mergulham em seus mecanismos mentais de forma semelhante ao modo como os marinheiros mergulham no mar (i.e., não sem algum grau de prazer). No entanto, elas são engolidas pelas ondas do orgulho e esmagadas contra os rochedos da vergonha. Em vez de ossos quebrados, temos casamentos rompidos. Assim como os marinheiros de Odisseu ansiando pelas verdades adivinhatórias das sereias, as oportunidades passam à nossa frente como navios vazios quando não se encaixam na narrativa da nossa mente. Quando você está muito ocupado em ser o que sua mente diz que você é, deixar de lado seus hábitos normais se torna impossível, mesmo quando isso seria obviamente útil.

A fusão cognitiva e a esquiva experiencial também afetam a habilidade do indivíduo de prestar atenção de modo flexível e voluntário ao que está acontecendo interna e externamente. Atentar deliberadamente aos eventos internos que a pessoa quer evitar – ou mesmo aos seus desencadeantes externos – faria cair por terra o propósito da esquiva experiencial. Observar os eventos que possam contradizer uma história muito fusionada significa afastar-se dessa história por um momento (que horror!). Para evitar tais resultados inoportunos, a atenção do indivíduo deve permanecer estritamente focada e inflexível. Com o tempo, instala-se um tipo de entorpecimento vital. A pessoa passa pelos acontecimentos da vida diária sem muito contato momento a momento com a vida em si. A vida segue no piloto automático.

O dano causado pela fusão cognitiva e pela esquiva experiencial é igualmente destrutivo em relação ao nosso senso de direção na vida e ao nosso comportamento guiado por objetivos. Nosso comportamento fica mais submetido ao “controle aversivo” do que ao “controle apetitivo” – mais dominado pela esquiva e escape do que pela atração natural. Nossas escolhas vitais mais importantes passam a ser baseadas em como não evocar conteúdo pessoal angustiante em vez de seguirmos na direção do que mais profundamente valorizamos. As pessoas perdem completamente seus pontos de referência porque estão muito ocupadas em monitorar o nível de risco de cada evento, interação ou situação.

ACT: ACEITAR, ESCOLHER, AGIR

Na abordagem da ACT, um objetivo de vida saudável não é tanto sentir-se *bem*, mas *sentir bem*. É *psicologicamente saudável* ter pensamentos e sentimentos desagradáveis, além dos prazerosos, e isso nos dá pleno acesso à riqueza de nossas histórias pessoais únicas. Ironicamente, quando pensamentos e sentimentos se tornam fundamentais, praticamente ditando o que fazemos – ou seja, quando eles “significam apenas o que dizem que significam” –, com frequência ficamos relutantes em sentir os sentimentos ou pensar os pensamentos abertamente e, assim, aprender com o que eles têm a nos ensinar. Em contrapartida, quando os sentimentos são apenas sentimentos e os pensamentos são apenas pensamentos, eles podem significar o que eles *realmente* significam, ou seja, que partes da nossa história pessoal única estão sendo trazidas para o presente pelo contexto atual. Pensamentos e sentimentos são interessantes e importantes, mas não devem necessariamente ditar o que acontece a seguir. Seu papel específico em cada caso depende do contexto psicológico em que ocorrem, e

isso é muito mais variável do que qualquer modo de solução de problemas da mente normal que podemos imaginar.

A alternativa construtiva à fusão é a *desfusão*, e a alternativa preferida à esquiva experiencial é a *aceitação*. Estes são os processos ensinados e estimulados na abordagem da ACT. Desfusão e aceitação em seus modelos mais básicos estão implícitas em qualquer psicoterapia porque, no mínimo, o cliente e o terapeuta imediatamente irão aprender a observar os pensamentos e os sentimentos que ocorrem para compreender o problema que está sendo tratado. Em suas formas mais elaboradas apresentadas na ACT, desfusão envolve aprender a estar conscientemente atento ao próprio pensamento quando ele ocorre, e aceitação envolve o processo ativo de se engajar e algumas vezes aumentar a rica complexidade das próprias reações emocionais como um meio de fomentar a abertura psicológica, a aprendizagem e a compaixão por si mesmo e pelos outros. Essas habilidades envolvem experimentar conscientemente os sentimentos *como* sentimentos, os pensamentos *como* pensamentos, as lembranças *como* lembranças, e assim por diante. Elas permitem que a pessoa observe desapassionadamente a própria mente em funcionamento enquanto ao mesmo tempo “acolhe o momento”, dessa maneira permanecendo atenta a pistas ou sinais contextuais potencialmente importantes que de outra forma passariam despercebidos.

À medida que essas competências são adquiridas, o próprio sentido da atenção se torna mais flexível, focado e volitivo, possibilitando que a pessoa veja melhor a si mesma e as outras pessoas como parte de um mundo interconectado. A partir dessa perspectiva mais atenta e flexível, os clientes podem fazer com mais facilidade a mudança da conduta de esquiva e enredamento para uma de aumento no engajamento e na expansão comportamental.

Raramente nos engajamos em esquiva como um objetivo em si. A esquiva bem-sucedida não é um objetivo de resultados, mas um objetivo de processos. Se você perguntar a um cliente *por que* ele deve, digamos, evitar a ansiedade, a resposta geralmente irá se referir a um impacto positivo desejado em alguma parte da sua vida. O cliente pode acreditar, por exemplo, que a ansiedade indevida está atrapalhando uma promoção potencial, prejudicando um relacionamento ou impedindo-o de viajar. As estratégias da esquiva experiencial prometem que serão obtidos desfechos importantes e desejáveis na vida ao se livrar de maus sentimentos. Na ACT, no entanto, tais desfechos na vida se tornam mais imediatamente relevantes e viáveis, uma vez que os profissionais podem se voltar diretamente para a questão dos valores pessoais profundamente arraigados e a como construir a vida focando nesses valores.

A busca bem-sucedida de um valor vital é complicada pela esquiva porque as áreas em que podemos ser mais magoados são justamente aquelas áreas com as quais nos importamos mais profundamente. Pode ser muito confortável fingir “não se importar”. Não é possível escolher direções na vida valorizadas, porém arriscadas, quando nossas cognições estão fusionadas porque a mente lógica procura garantias dos resultados. No contexto de maior flexibilidade psicológica, no entanto, a dor psicológica que é inerente a situações difíceis na vida pode ser aceita pelo que ela é, e

podemos aprender com ela; nossa atenção e foco podem, então, ser mudados para comportamentos de melhoria da vida.

Nestas últimas páginas, descrevemos todo o modelo da ACT sem parar para explicar integralmente por que esses processos existem e como eles funcionam. Em parte, esta breve introdução pretende dar ao leitor uma noção de como pode funcionar uma alternativa ao pensamento sindrômico transdiagnóstica e focada em processos. O restante deste livro é planejado para entrar em mais detalhes. Esta será uma jornada que envolve primeiramente esclarecer os pressupostos teóricos, examinar a ciência básica e clínica e, então, articular implicações e aplicações clínicas específicas.

Organizamos este livro de modo que você primeiramente entenda os fundamentos do trabalho (Capítulo 2). Acreditamos que, longe de ser um exercício árido, conectar-se com os pressupostos subjacentes à ACT prepara o terreno para a utilização do modelo de uma forma vital. Poderemos, então, explorar a flexibilidade psicológica como um modelo transdiagnóstico unificado do funcionamento e da adaptabilidade humanos (Capítulo 3). Depois disso, o modelo é aplicado a estudos de caso específicos de modo que você, o clínico, possa começar a identificar vários pontos fortes e pontos fracos psicológicos em seus clientes e em você mesmo por uma perspectiva contextual (Capítulo 4). O Capítulo 5 aborda a ferramenta mais poderosa que você tem como terapeuta, isto é, sua relação consigo mesmo e com seus clientes. Ele mostra como você pode promover, demonstrar e apoiar a aceitação, *mindfulness* e as ações valorizadas como uma abordagem da própria relação terapêutica.

Nos Capítulos 6 a 12, examinamos, por meio de detalhes específicos de estudos de caso, como engajar os clientes e encaminhá-los pelos processos centrais da ACT. Cada capítulo descreve a relevância clínica do processo central, fornece exemplos de casos dos métodos de intervenção e orienta sobre como melhor integrar esse processo particular aos demais processos da ACT. Na prática clínica, constatamos de forma consistente que trabalhar em um processo específico da ACT tende a desencadear um ou mais dos outros processos sempre que eles forem relevantes; assim, é importante saber como detectar os sinais de que isso está acontecendo. Cada capítulo fornece uma breve lista “do que fazer e o que não fazer” para ajudá-lo a evitar alguns dos erros mais comuns que estamos sujeitos a cometer em nosso trabalho clínico.

No Capítulo 13, examinamos o passado e o futuro da ACT e lhe apresentamos a abordagem da ciência comportamental contextual (CBS) para desenvolvimento do tratamento e avaliação. Examinamos em detalhes os princípios fundamentais do desenvolvimento do tratamento por meio dos quais estamos tentando preencher a lacuna entre a ciência e a prática clínica. Se você está intrigado com a abordagem da ACT, provavelmente deve estar igualmente interessado na estratégia científica que dá origem a ela e que com o passar do tempo está estendendo seu alcance.

UMA ADVERTÊNCIA

O mestre Zen Seng-Ts’an gostava de dizer: “Se você trabalhar a sua mente com a sua mente, como é que consegue evitar uma grande confusão?”. Muitas instituições

humanas (incluindo o Zen Budismo proeminentemente entre elas) tentaram “aparar as garras dos leões” da linguagem humana. É inerentemente difícil usar a linguagem analítica para “aparar as garras” da linguagem analítica, exigindo, com efeito, que aprendamos a lutar contra o fogo com fogo sem nos queimarmos.

Estamos escrevendo um livro, não dançando ou meditando. Os leitores deste livro estão interagindo com um material verbal. Se a linguagem humana está na essência da maior parte do sofrimento humano, essa circunstância apresenta um desafio extremo, já que nossas melhores tentativas de explicar e “entender” a ACT estão firmemente baseadas no próprio sistema de linguagem e, assim, estão sujeitas a sistemas de regras culturalmente inculcadas. Para começar com um exemplo trivial, este livro em geral será lido a partir do começo até o fim. Essa estrutura de linguagem pode levar os leitores a presumir que o que vem primeiro quando descrevemos o modelo de tratamento da ACT é o primeiro estágio do tratamento e que o último componente viria no fim do tratamento. O que acontece é que esse não é o caso. Dependendo da avaliação feita pelo terapeuta, qualquer processo central da ACT (independentemente da sua ordem de discussão neste livro) poderá ser o primeiro processo abordado em situações reais de tratamento.

Em um nível mais profundo, os objetivos finais da ACT são abalar a hegemonia da linguagem humana e trazer nossos clientes e nós mesmos de volta a um contato mais abrangente com o conhecimento – incluindo intuição, inspiração e a simples consciência do mundo. Esses processos não são diferentes para o terapeuta que lê este livro na tentativa de entender a ACT, nem para o cliente que tem dificuldades em encontrar significado, propósito e vitalidade na sua existência. As armadilhas da linguagem que ludibriam a todos nós precisarão ser identificadas. Essa condição requer que o leitor permaneça aberto às contradições e aprenda a manter com leveza os dois lados das aparentes contradições, em vez de ver um lado como totalmente certo e o outro como errado.

Às vezes usamos neste livro uma linguagem paradoxal e metafórica, sobretudo para evitar ficarmos aprisionados a um significado muito literal. Todo esse blá-blá-blá verbal pode criar alguma confusão ocasional para o leitor, pelo quê pedimos sua indulgência. Se atingirmos nossos objetivos maiores, a confusão terá sido necessária e válido a pena.

Em sociedades antigas, os templos com frequência exibem um aparentemente interminável conjunto de degraus que levam até uma melhor posição estratégica – simbolizando, supomos, o grande esforço necessário para passar a ver as coisas com mais clareza. Na sua base, essa escada em geral é ladeada por estátuas de criaturas assustadoras como leões ferozes – talvez simbolizando os obstáculos assustadores que algumas vezes precisamos ultrapassar antes de abandonarmos as visões familiares em favor de outras novas e não familiares. Podemos nomear esses leões de acordo com os processos que acabamos de prever que o leitor irá enfrentar neste livro – o que está à esquerda é Paradoxo, e o que está à direita é Confusão. Não colocamos os dois leões na capa do livro, mas poderíamos ter feito isso.

A ACT não é simplesmente um método ou técnica. Ela é uma abordagem multidimensional de um modelo básico e aplicado e uma abordagem de desenvolvimento científico. Ela se aplica tanto aos clínicos quanto aos clientes. Em

um nível, nosso objetivo é apresentar uma explicação transdiagnóstica, unificada e focada em processos da patologia humana e do potencial humano. Em outro nível, convidamos você a explorar uma concepção diferente da sua própria vida e a de seus clientes.

² A maioria dos profissionais que atuam na área da psicoterapia usa acrônimos para identificar abordagens de tratamento. Assim, não utilizar iniciais tem um benefício colateral imediato na medida em que aqueles que explicam os pontos fortes e fracos da “A-Cê-Tê” são imediatamente expostos como se não tivessem feito nenhum treinamento sério ou leitura em ACT. Os leitores agora saberão encarar com uma dose de ceticismo o que esses observadores dizem.



2

Os fundamentos da ACT

Adotando uma abordagem contextual funcional

A terapia de aceitação e compromisso tem sido desenvolvida nas últimas três décadas com a utilização de uma estratégia de desenvolvimento do conhecimento que se baseia na análise do comportamento tradicional e a amplia. Designamos o modelo de desenvolvimento e a metodologia como uma abordagem da *ciência comportamental contextual* (CBS), a qual defende determinados pressupostos filosóficos, tipos

particulares de teorias úteis para os clínicos e formas desejáveis de testar novos desenvolvimentos clínicos. A CBS é considerada central para o trabalho da ACT a ponto de a organização profissional conhecida como Associação para a Ciência Comportamental Contextual (ACBS, do inglês Association for Contextual Behavioral Science) ser a sociedade internacional que mais promove o desenvolvimento geral da ACT.

A maioria dessas questões é primariamente de interesse para os pesquisadores envolvidos na ciência básica ou no desenvolvimento e avaliação do tratamento. Descrevemos a abordagem da CBS mais detalhadamente no final do livro (no Capítulo 13). Neste capítulo, abordaremos apenas aqueles aspectos da filosofia e da teoria que são mais relevantes para um clínico praticante que está aprendendo ACT.

Facilmente compreendemos quando os profissionais algumas vezes ficam impacientes com a filosofia e a teoria. Em geral, você quer avançar imediatamente para os detalhes práticos de como ajudar outras pessoas. Você procura descobrir técnicas novas e específicas para usar, e nós entendemos as suas prioridades como funcionalmente práticas, levando em conta a sua limitação de tempo para fazer uma leitura técnica. Mas há uma razão clínica importante para explorarmos os fundamentos básicos da ACT, isto é, que *a ACT pede a seus clientes que adotem uma nova perspectiva sobre seus hábitos de pensamento pessoais.*

Os clínicos não poderão ser altamente competentes no estabelecimento dessa nova perspectiva com os outros se souberem pouco acerca de si mesmos. Os pressupostos normais incorporados à linguagem humana são um tanto hostis à nova perspectiva, como em breve iremos demonstrar. É muito mais fácil ser um terapeuta de ACT capacitado se você entender plenamente e conseguir se adaptar aos pressupostos excepcionalmente pragmáticos nos quais ela está baseada. Também será mais fácil experimentar os processos da ACT em primeira mão quando estiver plenamente apoiado em seus princípios subjacentes. Para qualquer terapeuta praticante da ACT, explorar os pressupostos filosóficos não é um exercício acadêmico árido, mas, em vez disso, a promoção ativa do uso efetivo da própria ACT.

Conceitualmente, as abordagens e a metodologia da ACT são derivadas de uma robusta tradição científica básica e de uma filosofia da ciência bem desenvolvida – algo que essencialmente não é compartilhado por outras psicoterapias contemporâneas. Quando você entender plenamente os fundamentos subjacentes da ACT, será capaz de avaliar que suas aplicações potenciais legitimamente se estendem mais além do consultório do terapeuta. É essa amplitude da perspectiva que confere à ACT uma oportunidade especial de funcionar como um modelo unificado do sofrimento humano e da resiliência humana. Iniciamos nossa discussão com os pressupostos básicos da ACT, contrastando-os, enquanto prosseguimos, com perspectivas já consagradas.

FILOSOFIA DA CIÊNCIA: O MAINSTREAM

Como Kurt Gödel (1962) provou no campo da matemática, é impossível ter um sistema simbólico – em matemática ou em qualquer outro lugar – que não esteja

baseado em pressupostos e postulados que vão além do alcance desse sistema. Por exemplo, para saber o que é verdadeiro, você tem que dizer o que entende por “verdadeiro”. Depois de fazer isso – do nada, por assim dizer –, você pode construir um sistema de pensamento que busque esse tipo de verdade. Os critérios de verdade *possibilitam* a análise científica – eles não são o *resultado* da análise científica. Considerações similares se aplicam a questões-chave como: “O que é aceito como dado?” ou “Que unidades organizam melhor o mundo?” ou “O que existe?”.

A filosofia da ciência é, em grande parte, uma questão de descrição e escolha dos pressupostos que possibilitam o trabalho intelectual e científico. O objetivo do exame dos pressupostos não é tanto *justificá-los*, mas possuí-los e eliminar inconsistências acidentais. Dito de outra maneira, os objetivos de filosofar são nada mais (ou menos) do que clareza e responsabilidade. Esse objetivo principal é o mesmo que dizer “Isso é o que eu pressuponho – precisamente isso”.

A maioria dos psicólogos e profissionais da saúde comportamental relativamente não tem clareza quanto aos seus pressupostos filosóficos. Isso não significa necessariamente que não saibam nada sobre isso – eles podem apenas não saber como melhor articulá-los ou como se encaixam entre si. Em geral, seus pressupostos são adquiridos de modo implícito a partir do uso de senso comum da linguagem. Há outros tipos de pressupostos subjacentes à ciência comportamental, porém é menos provável que eles sejam adquiridos de modo implícito, o que é o nosso foco presente.

Em termos do senso comum, o mundo consiste de peças ou partes (p. ex., montanhas, árvores, pessoas) que podem ser descritas pela linguagem. Essa ideia simples contém pressupostos-chave sobre a realidade e a verdade. O mundo real está pré-organizado em partes, e a verdade é uma questão de mapear acuradamente essas partes com palavras. Considere o ato do senso comum de nomear as coisas. Uma criança é ensinada: “Isto é uma bola”. Dentro dessa sentença existem pressupostos, isto é, que a bola é real e o nome corresponde a ela. Também há o pressuposto de que a bola tem características reconhecíveis (p. ex., é redonda, pode quicar). Esses pressupostos são fundamentais para pelo menos dois tipos de filosofia da ciência, ambos os quais tratam as partes ou elementos como primários e encaram a verdade como uma questão de correspondência entre as palavras e a realidade.

O ato do senso comum de nomear está subjacente à filosofia da ciência denominada *formismo* (p. ex., os primeiros pensadores gregos como Platão e Aristóteles adotaram essa visão). Nessa abordagem, a verdade é a simples correspondência entre as palavras e as coisas reais às quais elas se referem. O objetivo da análise é conhecer as categorias e as classes das coisas. A principal questão é considerada esta: “O que é isto?”, e ela é respondida pela precisão e aplicabilidade das definições das categorias. Nas ciências comportamentais, algumas formas de teoria da personalidade ou nosologia estão baseadas em um conjunto desses pressupostos.

O ato do senso comum de desmontar máquinas está subjacente a uma filosofia da ciência que preferimos denominar *realismo elemental*. Os associacionistas britânicos seriam exemplos clássicos na filosofia. (*Mecanicismo* é o termo mais comum, mas esse termo leva a uma compreensão equivocada porque é usado de forma pejorativa na linguagem leiga.) Por exemplo, quando um relógio de corda é desmontado, observamos que ele é constituído por muitas partes. Elas precisam ser remontadas de

acordo com um plano oficial, e então deve ser dada corda no relógio para que ele funcione. Nessa concepção, a verdade é a correspondência elaborada entre nossos modelos do mundo e as partes, relações e forças que o mundo real contém. O objetivo abrangente da análise é criar adequadamente um modelo do mundo. A questão principal é assumida como: “Quais elementos e forças fazem este sistema funcionar?”, e ela é respondida pela capacidade preditiva do modelo. Grande parte do trabalho intelectual em psicologia está, em última análise, baseada no realismo elemental. Nas ciências comportamentais, o processamento da informação e a maioria das formas de neurociência cognitiva são bons exemplos.

Ontologia é o estudo filosófico do ser, da existência ou da realidade como tal. Tanto o formismo quanto o realismo elemental encaram a verdade em termos ontológicos. A verdade está baseada na correspondência simples (formismo) ou elaborada (realismo elemental) entre nossas ideias sobre o mundo e o que existe. Pressupõe-se que o mundo real é reconhecível e que já está organizado em partes.

Considere como essa ideia se desenvolve na terapia. Uma pessoa chega à terapia dizendo: “Eu sou uma pessoa terrível. Ninguém jamais vai me amar”. Os clientes, com muita frequência, tentam justificar tais pensamentos disfuncionais fazendo alegações sobre o que é real. “Não estou apenas achando isso”, eles dizem, “É verdade”. Ao dizerem “verdade” de modo frequente, eles *não* pretendem dizer que ajuda ser guiado por esse pensamento particular. Muitas vezes, o pensamento a que se apegam teve exatamente o impacto oposto, funcionalmente falando. Em vez disso, eles querem dizer que suas palavras são verdadeiras porque elas correspondem à realidade: “Em algum sentido material, eu sou uma pessoa terrível e, assim, preciso evitar desenvolver relacionamentos com outras pessoas mesmo que fazer isso não leve a uma vida essencial”. Os clientes muitas vezes parecem enredados em suas próprias redes ontológicas. Implicitamente desafiam os terapeutas a desfazer essas redes e a lhes provar que estão errados ou a admitir que a mudança é impossível.

Muitas formas de terapia tentam abordar esse problema testando cuidadosamente ou questionando o *status* de realidade ou a solidez lógica de tais pensamentos, como se o problema fosse de fato estar certo na alegação ontológica. Essa tática algumas vezes pode ser útil, porém é difícil de implantar, frequentemente malsucedida e um componente amplamente não comprovado de abordagens existentes (p. ex., Dimidjian et al., 2006; Longmore & Worrell, 2007). É difícil abandonar o questionamento do *status* da realidade ou a solidez lógica dos pensamentos se formos formistas ou realistas elementais, independentemente do *status* empírico desses métodos, porque a verdade é uma questão de correspondência entre as palavras e o que é real. Nesses sistemas, precisamos saber o que é real e ensinar nossos clientes a fazerem o mesmo.

FILOSOFIA DA CIÊNCIA: OS FUNDAMENTOS CONTEXTUAIS FUNCIONAIS DA ACT

*image
not
available*

Afinal de contas, existe uma lua, um sol e a terra. Eles são reais”. Os contextualistas pressupõem apenas um mundo – o mundo em que vivemos. Tudo bem chamá-lo de real se você quiser (os contextualistas não são idealistas), mas separá-lo em categorias é uma ação distinta. Esse processo de divisão do mundo se torna muito mais forte quando a linguagem humana é envolvida, como discutiremos mais detalhadamente neste capítulo. Algumas maneiras de dividir o mundo funcionam melhor do que outras – as consequências que se originam disso *não* são necessariamente arbitrárias –, mas pode haver muitas formas práticas de abordar a tarefa.

Considere a declaração: “Existe uma lua, um sol e a terra. Eles são reais. Eles existem”. Em contextos mais comuns, faz sentido chamar o sol de sol e tratá-lo como uma *coisa*, um objeto com dimensões espaço-temporais. Porém, algumas vezes, é útil até mesmo que *esse* ponto de vista seja mantido com leveza. Afinal, onde o sol “verdadeiramente” começa e termina? O calor do sol que toca o seu rosto é uma porção do sol? A força gravitacional que atua em você também faz parte do sol? Onde no universo o sol é *não* existente? Não é um pouco ilusório sacar uma tesoura cósmica e recortar o contorno da órbita amarela que vemos, nomear o que retiramos do todo e, então, convenientemente nos esquecermos da tesoura que nós mesmos empunhamos? Se sentíssemos apenas calor, dividiríamos o mundo da mesma maneira? E se sentíssemos apenas descargas elétricas ou a gravidade?

Tais ponderações filosóficas ecoam por todo este livro, e aprender a abrir mão de conclusões ontológicas é um aliado poderoso na conexão com a ACT. A ACT foca no processo de pensamento em si, portanto clínicos e clientes são encorajados a reavaliar o pensamento à medida que ele se revela e examinar a sua operacionalidade prática em determinada situação. Encarar o pensamento do ponto de vista da operacionalidade em vez da verdade literal insere o pensamento em um contexto social/verbal alternativo – um contexto em que saúde, vitalidade e propósito podem mais prontamente desempenhar papéis centrais.

Abrir mão de declarações ontológicas (e mais especialmente qualquer noção de essencialismo) permite ao terapeuta de ACT maior flexibilidade no trabalho com os clientes em seus próprios termos sem ter que assumir desafios desnecessários, como tentar provar que seus pensamentos inúteis são incorretos ou inverídicos. As declarações ontológicas feitas por um cliente ou um terapeuta simplesmente não têm qualquer interesse. Em consequência, temos menos necessidade de nos esforçarmos para saber quem está “certo” e, em vez disso, podemos prosseguir diretamente para o que a experiência do cliente diz sobre o que funciona. A ACT é a-ontológica, não antiontológica. *Não* estamos dizendo que o mundo não é real ou que as coisas não existem. Estamos meramente tentando tratar *toda* a linguagem (mesmo sobre a ACT e seus pressupostos) como ações em um contexto para que possamos assumir a responsabilidade sobre nossas ações cognitivas e ampliar a flexibilidade comportamental para que práticas operacionais possam ser selecionadas com base nas relações das ações e dos resultados que experimentamos.

Esta discussão pode parecer estranha até que o leitor entenda melhor os princípios da ACT. Não esperamos que esta seção por si só faça o trabalho necessário. Porém, ela deixa claro que este livro não está simplesmente tentando ensinar outra técnica;

*image
not
available*

Em determinada época, rotineiramente era ensinado a todos os terapeutas comportamentais princípios comportamentais como controle discriminativo, condicionamento respondente e reforçamento. Depois, esse currículo, em grande parte, foi abandonado na maioria dos lugares onde profissionais aplicados eram treinados. Ele foi deixado de lado, em parte, porque durante o final da década de 1970 a tradição cognitivo-comportamental abandonou a exigência de que o tratamento estivesse baseado nos princípios de aprendizagem demonstrados no laboratório. Em vez disso, os clientes começaram a ser questionados sobre o que pensavam, e seus pensamentos e estilos cognitivos foram organizados em várias teorias clínicas da cognição. Em alguns aspectos, aquela foi a escolha certa na época. Os princípios comportamentais, por volta de 1975, não tinham uma forma adequada de lidar com o problema da cognição. Lamentavelmente, a ciência cognitiva básica se afastou das preocupações clínicas quando a ênfase principal se voltou para as relações entre os eventos mentais e por fim para as relações entre cérebro e comportamento – em vez de para os efeitos de fatores históricos e contextuais mutáveis nas cognições e ações e suas várias inter-relações. Assim, a ciência neurocognitiva básica não poderia autoritariamente dizer aos clínicos o que fazer (a posterior emergência da “modularidade massiva” da psicologia evolucionista compartilhava a mesma fragilidade na prática). As teorias clínicas da cognição eram aparentemente a melhor alternativa disponível.

Nós concordamos com a necessidade de mudar o curso, mas tínhamos dúvidas quanto à viabilidade no longo prazo de um modelo clínico da cognição como uma teoria subjacente. Conduzimos cerca de uma dezena de estudos durante o final da década de 1970 e início da década de 1980 testando os modelos cognitivos tradicionais, nenhum dos quais foi favorável (para um bom exemplo, veja Rosenfarb & Hayes, 1984). Em consequência, começamos a focar cada vez mais em encontrar uma nova maneira de conduzir uma análise comportamental da linguagem e da cognição (p. ex., veja Hayes, 1989b, para um resumo desse trabalho inicial). Esses processos se transformaram nos fundamentos para as primeiras versões da ACT. Quando descobrimos, em pequenos estudos, que a ACT funcionava bem (p. ex., Zettle & Hayes, 1986), levamos o programa de pesquisa para uma direção incomum. Como nosso objetivo não era meramente outro tratamento manualizado, mas um modelo abrangente orientado para processos, focamos no aprofundamento de uma explicação comportamental da cognição e da linguagem humanas – e como isso pode estar relacionado a comportamentos clinicamente relevantes – e essencialmente paramos completamente de fazer estudos de resultados. Esse desvio básico consumiu quase 15 anos, mas originou a RFT, a qual agora acreditamos ser uma abordagem adequada.

A seguir, começamos com uma descrição do que diferencia eventos verbais e cognitivos de outros atos psicológicos, estendemos essa perspectiva para o que são regras verbais e, então, retornamos ao tema da terapia. Usamos um mínimo de referências porque tratamentos detalhados em forma de livro estão disponíveis, e nosso propósito aqui é altamente prático. Ao longo deste livro, tentamos transmitir a importância desses processos e, na conclusão deste capítulo, resumimos o que

*image
not
available*

comida atrás dela e ainda evita uma azul porque tocá-la dispara um ruído estrondoso, ele provavelmente também estará disposto a se aproximar de uma amarela, apenas com um pouco mais de cautela. Da mesma forma, o bebê tenderá a evitar não só a tampa azul, mas também uma verde, embora talvez menos enfaticamente. As respostas do bebê às tampas alaranjada e azul foram estabelecidas por meio do treinamento direto. As respostas observadas às amarelas e às verdes ocorrem porque os humanos e outros animais com sistemas visuais bem desenvolvidos cresceram em ambientes onde a coloração laranja está mais próxima do amarelo do que o verde e onde a coloração azul está mais próxima do verde do que do amarelo. Tais *gradientes de generalização de estímulos* estão baseados na semelhança formal.

Esse não é o caso com equivalência de estímulos. Uma criança que chora ao ouvir “Oh, veja! Um gato!” não está apresentando generalização de estímulos em um sentido formal porque não há nada em relação a esses sons que seja semelhante aos animais reais. Da mesma forma, princípios simples de condicionamento associativo de ordem superior não podem prontamente explicar a robustez da equivalência de estímulos porque precisamos recorrer ao condicionamento inverso e a outros procedimentos cujos efeitos são muito fracos para modelar esses resultados. De fato, é precisamente por isso que a aprendizagem verbal associativa nunca forneceu uma explicação plenamente bem-sucedida da linguagem e da cognição humanas.

Mesmo sem explicar por que a equivalência de estímulos acontece ou estender o resultado a muitas outras relações (coisas que a RFT tenta fazer), esse notável desempenho comportamental dá vez a novas formas de pensar sobre o comportamento. Por exemplo, imagine uma pessoa que sofre de agorafobia tendo um ataque de pânico inicial enquanto está “presa” em um *shopping center*. Falar de um *shopping* não irá provocar medo – idêntico ao caso da criança arranhada –, mas isso ocorrerá com outros eventos relacionados a estar “preso”. A gama de coisas na qual você pode estar “preso” é tão ampla que desafia uma simples descrição baseada em propriedades formais, possivelmente incluindo um campo aberto, uma ponte, uma relação conjugal, falar ao telefone, assistir a um filme, ter um emprego ou estar na própria pele. Tudo agora pode ser fonte de pânico (se estivermos tão propensos).

É vasta a literatura sobre equivalência de estímulos, mas não é suficiente construir toda uma teoria da linguagem em torno dela, como até mesmo seus criadores já observaram (p. ex., Sidman, 2008, p. 331). Além disso, equivalência de estímulos é meramente um resultado, não um processo. A RFT descreve esses tipos de relações de maneira geral e dá uma explicação dos seus processos. O processo que a RFT propõe como dando origem à equivalência de estímulos pode prontamente ser aplicado a *qualquer* tipo de relação entre eventos. Quando os muitos outros tipos de relações de estímulos são acrescentados – diferentes, opostos, hierárquicos, sequenciais, causais, etc. –, um processo básico pode originar uma ampla gama de habilidades cognitivas, e uma explicação do processo de aprendizagem geral se torna possível. Segundo a perspectiva da RFT, o que conecta os tipos de situações em que uma pessoa pode ter ataque de pânico são não só suas propriedades formais em um sentido simples, mas também os aspectos verbais ou cognitivos dessas situações.

*image
not
available*

havia sido associado de forma repetida a choques moderadamente dolorosos apenas porque C foi citado de forma arbitrária como “maior do que B”.

Mesmo um exemplo simples como esse começa a ligar o enquadramento relacional a questões clínicas. Se um níquel pode ser “menor” do que dez centavos – o que certamente não é, exceto em um sentido arbitrário –, o que irá impedir que “grande sucesso” seja pequeno em comparação com um ideal? Muitos anos atrás, quando enfrentava dificuldades com um quadro de transtorno de pânico, um de nós (SCH) teve um ataque de pânico intenso enquanto dava uma palestra para três enfermeiras, muito embora uma semana antes tivesse dado uma palestra para centenas de pessoas com muito menos dificuldade. Isso pareceria menos surpreendente se você soubesse que o pânico no grupo pequeno foi visto como “muito mais insano” – e, assim, muito mais ameaçador – do que a ansiedade em meio à grande multidão, assim como os participantes no estudo citado anteriormente demonstraram *mais* medo de uma situação que anteriormente havia sido benigna do que de uma que havia sido diretamente associada ao choque – apenas porque havia sido dito que ela era “maior que” esta última. O enquadramento relacional é *arbitrariamente aplicável*, portanto não há nada no mundo das propriedades formais (p. ex., o real tamanho da multidão) que impeça que ocorram esses tipos de desfechos, apesar do sofrimento que possam causar.

Para mostrar o que entendemos por “arbitrariamente aplicável”, pense em dois objetos concretos. Mentalmente, rotule-os como A e B. Agora, escolha um número entre 1 e 4. Se já fez isso, pode ser informado de que o número indica uma expressão relacional: 1 significa “melhor que”, 2 significa “o pai de”, 3 significa “diferente de”, e 4 significa “semelhante a”. Agora, responda a esta pergunta: “Como é A # B?”. Isto é, “Como ____ (diga o nome do objeto A) é _____ (expressão relacional indicada pelo número que você escolheu, por sua vez seguida pelo nome do objeto B)?”.

Esta pode ser uma pergunta estranha, e é muito improvável que você a tenha ouvido antes. No entanto, em alguns segundos, encontrará uma resposta. Muito frequentemente, se você for esperto, a resposta parecerá adequada – algumas vezes tanto que a relação parece estar “nos objetos”, apenas esperando para ser notada. Isso tem a ver com uma ilusão até certo ponto, uma vez que não importa quais são os objetos ou as relações para que ocorra esse efeito, e não é possível que tudo esteja relacionado a tudo o mais de todas as formas possíveis em um sentido formal. Existe uma explicação muito mais plausível, ou seja, a de que relações desse tipo são arbitrariamente aplicáveis. Devido a essa propriedade da linguagem e da cognição humanas, *nós* podemos relacionar tudo a tudo o mais de todas as maneiras possíveis.

A RFT pode fornecer um modelo robusto para qualquer estratégia de intervenção cognitiva (Törneke, 2010), mas, até agora, essa discussão da RFT disse pouco acerca da ACT *per se*. Para a conexão emergir mais claramente, precisamos retornar a uma característica-chave da RFT: o controle contextual.

O papel das características contextuais

*image
not
available*

resultados efetivos (p. ex., saber que “resolvemos o problema”) e processos similares fornece reforçamento contínuo para o processo de enquadramento relacional. Em consequência, é muito difícil desacelerar a linguagem e a cognição depois que elas estão bem estabelecidas. Depois que a linguagem é aprendida, é impossível retornar totalmente ao mundo não verbal, pelo menos o que entendemos pelo termo *verbal*. Além disso, depois que pensamos nas coisas de uma maneira particular, essa forma de pensar permanece irremediavelmente em nosso repertório relacional, mesmo que raramente se repita. Quanto mais se pensou a respeito, mais relações derivadas estão disponíveis para manter e restabelecer determinada rede se práticas mais novas enfraquecerem. Essa tendência ajuda a explicar por que as redes cognitivas são extraordinariamente difíceis de romper mesmo com treinamento contraditório direto. Laboratórios de RFT mostraram que, quando antigos pensamentos são extintos, eles rapidamente voltarão a emergir se novas formas de pensamento encontrarem dificuldades (Wilson & Hayes, 1996). Laboratórios de RFT desenvolveram novas formas altamente sofisticadas de medir a cognição implicitamente, mostrando que ocorrem efeitos de longa duração e às vezes prejudiciais de certos tipos de condicionamento relacional (p. ex., Procedimento de Avaliação Relacional Implícita ou IRAP; Barnes-Holmes, Murphy, Barnes-Holmes, & Stewart, 2010).

As ideias centrais subjacentes à RFT receberam apoio empírico em uma literatura rapidamente crescente abrangendo vários escores de estudos. Sabemos que as molduras relacionais se desenvolvem na infância (p. ex., Lipkens, Hayes, & Hayes, 1993), e isso acontece assim devido ao treinamento direto (p. ex., Luciano et al., 2007). O ponto fraco no enquadramento relacional está associado a déficits cognitivos como habilidades limitadas para a solução de problemas ou níveis inferiores de comportamento inteligente (O’Hora, Pelaez, Barnes-Holmes, & Amesty, 2005). Por sua vez, o treinamento em enquadramento relacional aumenta habilidades cognitivas de ordem superior (p. ex., Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, & McHugh, 2004; Berens & Hayes, 2007), incluindo o QI (Cassidy, Roche, & Hayes, 2011). O leitor interessado em se aprofundar nessa literatura de pesquisa pode facilmente encontrar boas revisões extensas dos recentes desenvolvimentos em RFT (p. ex., veja Rehfeldt & Barnes-Holmes, 2009; Törneke, 2010).

Comportamento governado por regras

O enquadramento emocional é uma vantagem evolutiva importante da espécie humana que provavelmente emergiu no contexto da cooperação social. Os estímulos verbais podem ser combinados em regras verbais elaboradas que têm a capacidade de regular o comportamento. O comportamento governado por regras não precisa estar baseado no contato refletindo consequências diretas face a face com o mundo; ao contrário, ele está em grande parte baseado em formulações verbais dos eventos e das relações entre eles. Segundo Skinner (1969), comportamento governado por regras é o comportamento que é governado pela especificação de contingências em vez de pelo contato direto com elas. O comportamento governado por regras permite que os seres

*image
not
available*

A ACT tenta *fortalecer* certos tipos de regulação verbal, incluindo em particular *augmenting*, que pode ajudar o comportamento a ficar sob controle de consequências tardias ou probabilísticas. Por exemplo, a ACT é fortemente focada nos valores principais do cliente. Os valores são escolhidos, declarados e esclarecidos por suas funções de aumento, sejam elas formativas, sejam elas motivadoras. Um cliente pode mais prontamente aprender ações novas e mais efetivas e abandonar as antigas e ineficazes quando o propósito maior de fazer isso estiver baseado em valores do cliente, tais como amar, participar, compartilhar ou contribuir com os outros. Em contraste, aumentos focados na fuga e na esquiva, como “Apenas não pense no seu diabetes, e você vai se sentir muito melhor”, em geral contribuem para resultados deficientes. Na ACT, aumentos associados a resultados baseados em valores devem ser fortalecidos; aqueles ligados a objetivos de processos (p. ex., remover a ansiedade, aumentar a autoconfiança) devem ser fortalecidos ou enfraquecidos com base no seu impacto nos objetivos de resultado (i.e., aqueles baseados na operacionalidade).

Extensão excessiva dos processos verbais

A RFT é uma teoria contextual, e os contextos são o foco da intervenção clínica na ACT. Determinados contextos com frequência estão implicados quando processos verbais ou cognitivos são estendidos excessivamente. A comunidade social/verbal em geral usa símbolos verbais – eventos que têm suas funções porque eles participam nas molduras relacionais – em vários contextos de literalidade. Entendemos por “contexto de literalidade” circunstâncias sociais/verbais em que as pessoas são encorajadas a interagir com estímulos verbais com base em seu significado convencional ou suposta correspondência com o que é “real”. Esse contexto é central para muitos dos usos da linguagem – dar razões, fazer narrativas, encontrar sentido ou solucionar problemas – e é algumas vezes útil. Quando um pai grita “Cuidado – um carro!”, ele quer que o filho pule como se o carro estivesse bem ali – ou seja, baseado na correspondência entre um som arbitrário (“carro!”) e a chegada iminente de um grande veículo sobre rodas. Como as operações para solução de problemas são talvez o maior uso benéfico da linguagem, nós nos referimos ao modo da mente estabelecido por esses contextos de literalidade como “um modo de solução de problemas” (veja Segal, Williams, & Teasdale, 2002, para um ponto de vista relacionado).

São necessárias poucas molduras relacionais básicas para facilitar a solução de problemas verbais. Considere um exemplo de solução de problema verbal: “Dada a situação X, se eu fizer P, obterei Q, que é melhor do que Y”. Apenas três tipos de molduras relacionais são absolutamente necessários: molduras que coordenam palavras com eventos, molduras de antes e depois, e molduras comparativas. Um modo de solução de problemas da mente avalia o momento atual com referência a um objetivo, e a discrepância é observada, desencadeando outra rodada desse tipo de solução de problemas.

Para um exemplo do processo, suponha que você esteja tentando encontrar um museu em uma grande cidade. Digamos que, de onde você está, se dobrar

*image
not
available*



3

Flexibilidade psicológica como um modelo unificado do funcionamento humano

Neste capítulo, apresentamos um modelo unificado do funcionamento e da adaptabilidade humanos e mostramos sua relevância clínica. Acreditamos que as seis características principais desse modelo são amplamente responsáveis pela adaptabilidade humana – ou, dito inversamente, pelo sofrimento humano. Também fazemos algumas ligações com a ciência pertinente, relacionando o trabalho feito em

*image
not
available*

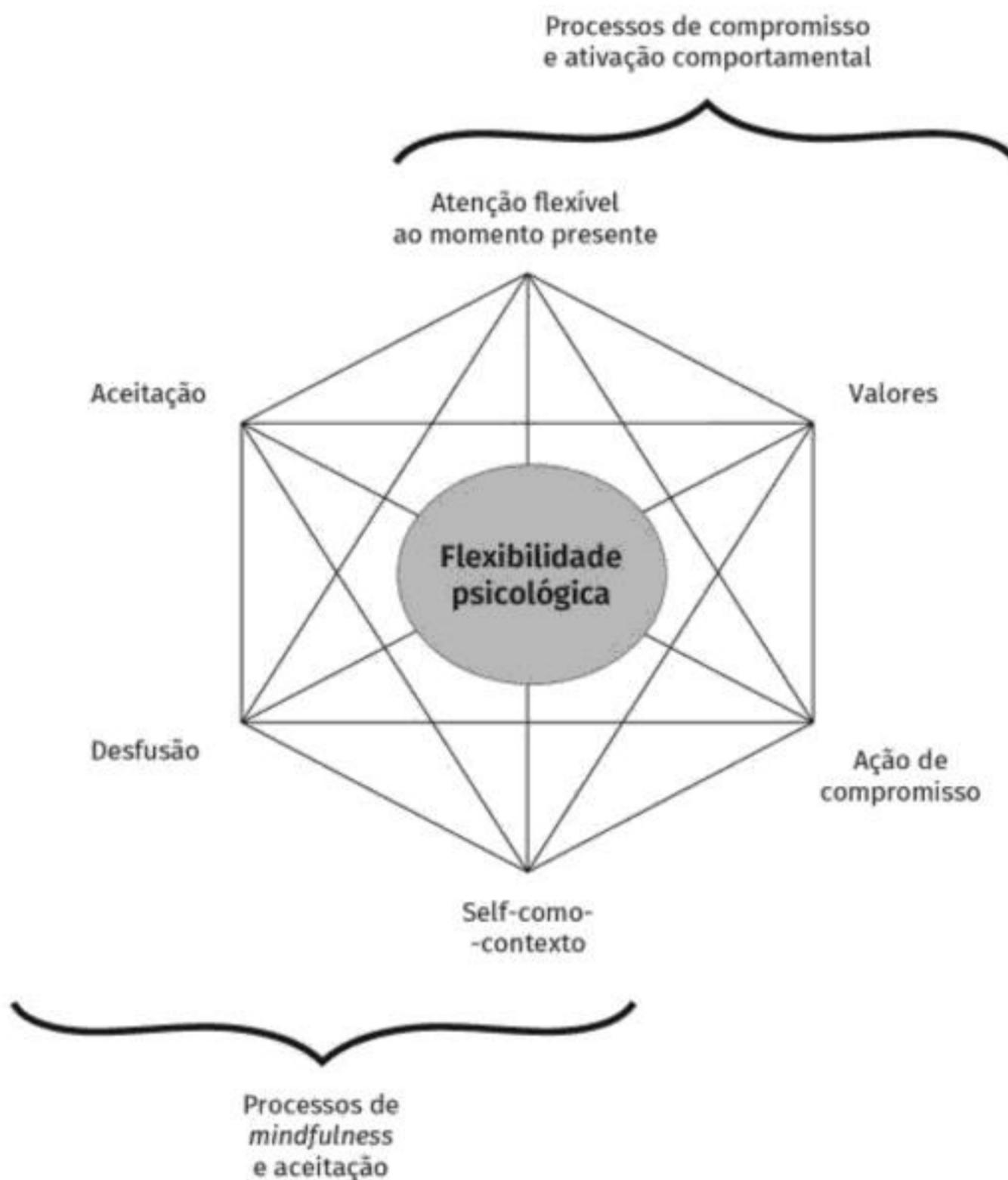


FIGURA 3.2 Flexibilidade psicológica como um modelo do funcionamento humano e de mudança do comportamento. Os quatro processos à esquerda são considerados processos de *mindfulness* e aceitação; os quatro à direita são processos de compromisso e mudança de comportamento ou processos de ativação comportamental. Todos os seis trabalhando em conjunto são a “flexibilidade psicológica”. Copyright Steven C. Hayes. Usada com permissão.

Nossa proposição principal é que esses seis processos centrais são responsáveis pela promoção da flexibilidade psicológica e – na ausência de um ou mais deles – pelo risco de rigidez psicológica. Ademais, defendemos que a rigidez psicológica é a causa essencial do sofrimento e do funcionamento humano mal-adaptativo. Quantos clientes você verá em psicoterapia que são capazes de se desapegar de regras impraticáveis, de aceitar o que não pode ser mudado dentro e fora dele mesmo, de viver no momento presente e dar atenção ao que é relevante, de fazer contato com um senso de *self* mais profundo como um locus de adoção de perspectiva e de escolher e explicar valores fortemente adotados na vida e organizar suas ações na vida em torno desses valores? Diríamos que poucos, se é que existem.

*image
not
available*

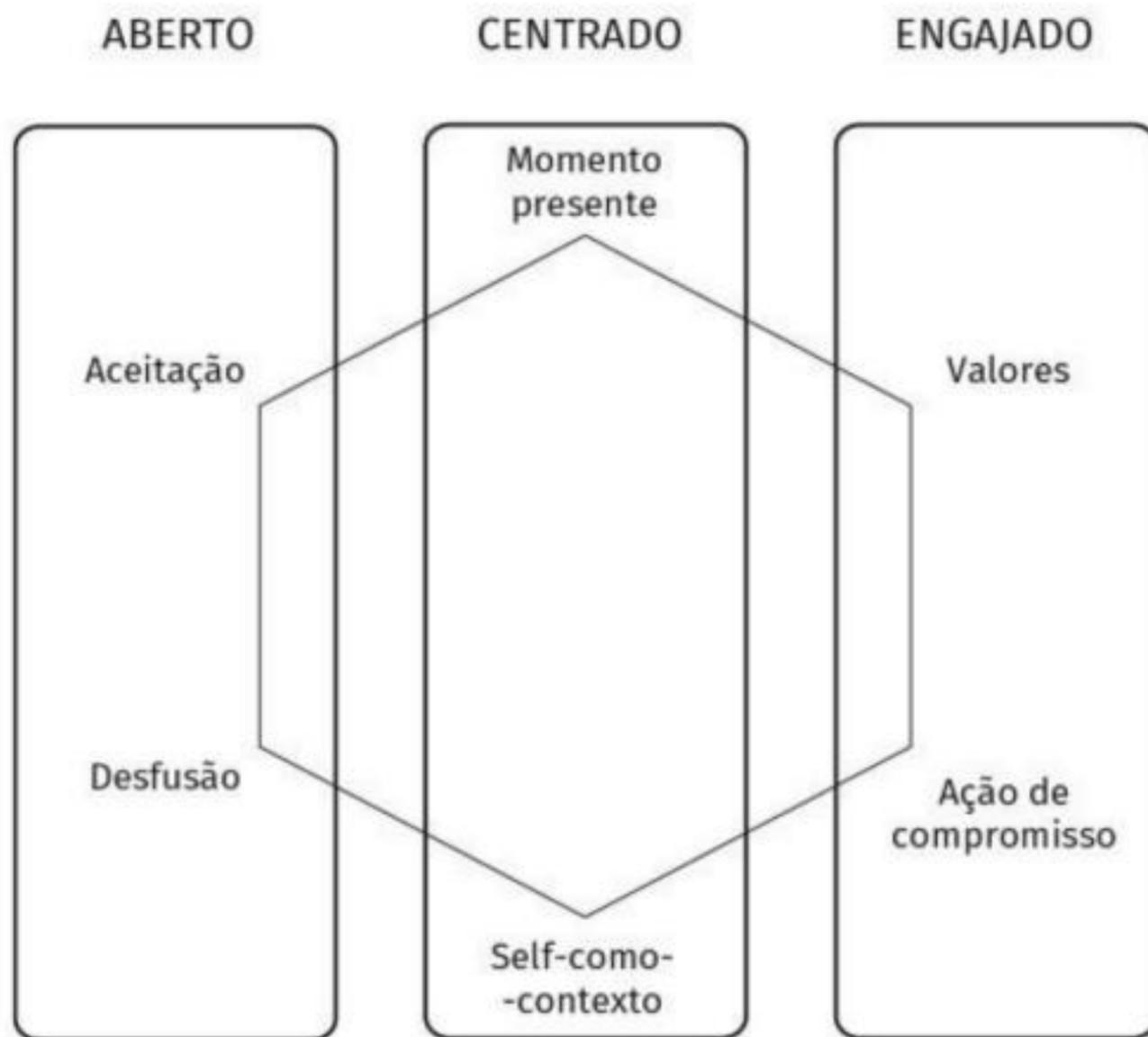


FIGURA 3.3 Os três estilos de resposta que compõem a flexibilidade psicológica. Copyright Steven C. Hayes. Usada com permissão.

Nas seções a seguir, abordamos cada um dos seis processos centrais da ACT, organizados em termos dos três estilos básicos de resposta – aberto, centrado e engajado – nessa ordem. Posteriormente neste capítulo, examinamos as evidências de mediação, moderação e resultados para esses processos e procedimentos.

Estilo de resposta aberto: desfusão e aceitação

Aceitação e desfusão são habilidades essenciais que apoiam nossa abertura à experiência direta. A desfusão possibilita que o indivíduo abra mão do entrelaçamento desnecessário com eventos e experiências privados estressantes e indesejados e os veja de uma forma não crítica como apenas uma atividade mental contínua. A aceitação possibilita que o indivíduo se engaje mais plenamente nas experiências com uma atitude de curiosidade para aprender com elas e dar espaço para a sua ocorrência. No capítulo anterior, discutimos a base verbal de dois processos que podem restringir o repertório: a esquiva experiencial e a fusão cognitiva. Esses dois processos ocupam o lado esquerdo do modelo hexaflex negativo (veja a Figura 3.1). Se assumir uma posição de rejeição e fusionada com respeito à experiência privada é um pilar da patologia no modelo da flexibilidade psicológica, estar psicologicamente aberto é o remédio e um alvo para a intervenção.

*image
not
available*

Foram desenvolvidos escores das técnicas de desfusão cognitiva, e discutimos muitas delas mais detalhadamente no Capítulo 9. Uma técnica de desfusão clássica da ACT que lá descrevemos é o exercício *Leite, Leite, Leite*, usado pela primeira vez por Titchener (1916, p. 425). Essa técnica consiste primeiramente da exploração inicial de todas as propriedades físicas da palavra referenciada. Por exemplo, “leite” é branco, cremoso, frio, etc. A palavra, então, é dita em voz alta e rapidamente pelo terapeuta e pelo cliente por cerca de 30 segundos. Em nosso exemplo, a palavra *leite* perde todo o significado, e o que resta é um som engraçado. Experimente isso sozinho apenas para ver o que acontece à sua própria relação com a palavra *leite*. Na prática clínica, esse exercício costuma ser seguido por um similar, desta vez usando uma variante com uma palavra de uma preocupação clínica importante ou um pensamento problemático que a pessoa esteja pronta para abandonar (p. ex., “mau”, “tolo”, “fraco”, “perdedor”, etc.). Se um pensamento clinicamente relevante é selecionado, pesquisas mostram que a credibilidade do pensamento em geral diminui juntamente com o estresse que ele produz (Masuda, Hayes, Sackett, & Twohig, 2004; Masuda, Hayes et al., 2009).

Por que esse estranho procedimento funcionaria? Porque encadeamentos normais de palavras são um contexto em que as palavras têm significado. Experimente isto: se você não sabe o que significa “juzzwuzz”, por favor, bata palmas. Vamos esperar por você. Se você se sentiu inclinado a bater palmas (ou na verdade bateu), está sentindo a atração da fusão cognitiva. “Bata palmas” e “Vamos esperar” são apenas tinta no papel ou elétrons em uma tela de computador. Em alguns contextos, “por favor, bata palmas” funciona para produzir ações específicas com as mãos, e mesmo que este possa não ser um contexto normal para tais ações (já que a compreensão da leitura de um livro normalmente não requer um comportamento motor), você ainda pode sentir a atração. Há maneiras de reduzir a atração. Se você disser, escrever ou digitar “bata palmas” 100 vezes rapidamente, essa função pode ser consideravelmente reduzida. Ela também pode ser reduzida se você notou que CLAP (= bata palmas) de trás para frente é PALC, ou que de cabeça para baixo se parece com CTVb, ou se você a verbalizou tão lentamente que levou 10 segundos, ou qualquer outra coisa entre as dúzias de outros procedimentos que podem enfraquecer a ilusão de literalidade mantida pela comunidade da linguagem e suas práticas. Nossa experiência é a de que os clientes podem rapidamente gerar novos métodos na terapia depois que a ilusão da linguagem é penetrada e a natureza e o propósito da desfusão são mais compreendidos. Um estudo recente encontrou um forte efeito de desfusão na tolerância à dor ao fazer os participantes lerem uma declaração em voz alta enquanto andavam pela sala. Qual foi a declaração? “Não posso andar por esta sala.” (McMullen et al., 2008).

Um contexto que apoia que sejam dadas razões verbais para o comportamento tende a aumentar a fusão, o que provavelmente é o motivo pelo qual essas pessoas são mais difíceis de tratar (p. ex., Addis & Jacobson, 1996). Contudo, podemos reduzir o incentivo para a apresentação de razões na terapia. Mesmo o impacto psicológico positivo da reavaliação cognitiva depende de processos de flexibilidade psicológica (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006); assim, mesmo quando precisamos lidar diretamente com conteúdo cognitivo, podemos fazer isso de uma

*image
not
available*

A esquiva consciente e deliberada de eventos privados é altamente provável em várias situações que costumam ser encontradas no trabalho clínico, como os exemplos a seguir:

1. O processo de controle deliberado contradiz o resultado desejado. São vários os exemplos dessa situação nos quais a esquiva produz o oposto do seu objetivo declarado. Quando é solicitado aos sujeitos que suprimam um pensamento ou emoção, eles posteriormente apresentam aumento nesse pensamento ou sentimento suprimido quando comparados com aqueles que não receberam instruções para supressão (veja Wenzlaff & Wegner, 2000). Essa retomada é maior em contextos em que a supressão ocorreu ou, de forma alternativa, no mesmo estado psicológico que prevaleceu quando a supressão ocorreu originalmente.

Há discordância sobre o motivo pelo qual ocorre esse fenômeno, mas é sabido que a supressão aumenta a saliência das pistas relacionadas ao item suprimido. Além disso, as regras inevitavelmente fazem referência ao item a ser suprimido. “Não pense em carros vermelhos” contém as palavras *carros vermelhos*, e o próprio fato de mencioná-las nos inclina a pensar nelas. Com frequência, as próprias regras de supressão contêm consequências explícitas ou implícitas que colocam em destaque o item suprimido. O alerta ou ameaça “Não fique ansioso, ou sua vida acabou” provavelmente irá despertar ansiedade da mesma forma que o fará uma pessoa portando uma arma e dizendo “Sua vida acabou”.

2. O evento a ser controlado não é regido por regras. Eventos privados que são condicionados diretamente não são eliminados de forma rápida por regras verbais. Nessas circunstâncias, as tentativas de controle intencional baseado em regras podem ser inúteis porque o processo subjacente não é regulado verbalmente. O evento pode mudar – mas não necessariamente da maneira pretendida. Por exemplo, suponha que uma pessoa esteja extremamente angustiada pela lembrança de um ataque de pânico difícil e tente fazer de tudo para eliminar essa angústia. As lembranças são algumas vezes eventos espontâneos desencadeados por uma ampla gama de estímulos, e é improvável que desapareçam, pelo menos não de forma saudável. As estratégias necessárias para suprimir inteiramente tais eventos são quase sempre autodestrutivas (i.e., entorpecimento com uso de álcool ou drogas) e acabam por si só produzindo dificuldades.

3. A esquiva é possível, mas realizá-la implica custos significativos. Suponha que uma lembrança seja evitada pela esquiva de todas as situações que podem provocá-la. Essa abordagem pode reduzir a frequência da lembrança, mas também pode limitar terrivelmente a vida da pessoa. Por exemplo, uma sobrevivente de abuso sexual ou de violência doméstica pode evitar todos os relacionamentos íntimos.

4. O evento não pode ser mudado. Algumas vezes, o controle experiencial é colocado a serviço de eventos imutáveis. Por exemplo, uma pessoa pode adotar a perspectiva de que “Não posso aceitar que meu pai foi morto” e irá consumir drogas para aliviar sua dor. A dor é uma reação natural em perdas como essa, mas o consumo de nenhuma

*image
not
available*

É possível aprender a interagir com os eventos presentes de forma focada, voluntária e flexível independentemente dos eventos específicos. A maioria das pessoas interage dessa maneira com algumas coisas, mas não com outras, e com frequência a diferença não é voluntária, apenas habitual. Flexibilidade psicológica envolve a habilidade de exercer controle atencional mesmo em situações que são complexas, evocativas ou de natureza intensamente social. Imagine uma pessoa socialmente ansiosa que está prestes a dar um discurso público e está mentalmente envolvida com pensamentos assustadores e resultados potencialmente desastrosos. O controle de estímulo do pensamento é devastador, e um grande número de outros eventos é suplantado. Um foco no momento presente pode, de início, parecer mais difuso ou variado, mas optar por essa alternativa pode preparar as condições para o foco voluntário. A pessoa pode notar um pensamento assustador, mas, ao mesmo tempo, ela também pode observar como se sente inspirando e expirando, ou observar o sussurro da plateia, ou o desejo de fazer a diferença e contribuir para outras pessoas. O pensamento é apenas um dos vários eventos que estão ocorrendo. A pessoa pode ser capaz de focar no que é importante – por exemplo, em como contribuir apresentando um argumento verbal cuidadoso na parte seguinte do discurso. Se pensamentos assustadores se intrometem, esse mesmo processo de expansão, reconhecimento e foco possibilita atenção mais voltada para o discurso.

Há evidências de que tais processos atencionais focados, voluntários e flexíveis podem ser ensinados e aprendidos (p. ex., Baer, 2003, 2006). A prática contemplativa é, em parte, o treinamento em um foco no momento presente conforme nos referimos aqui. Por exemplo, imagine uma pessoa que está observando atentamente sua respiração como parte de um exercício de *mindfulness*. Alguns segundos depois, outro evento (digamos, um pensamento sobre o que está acontecendo em casa) pode prender a sua atenção, mas, então, a ação pode ser redirecionada gentilmente para a respiração que está ocorrendo agora. Não é necessário um modo de solução de problemas da mente para se engajar nesse tipo de atividade.

A mente detesta ociosidade. Qualquer pessoa que fez um retiro silencioso com alguns dias de duração sabe como a mente seguirá em jorros de respostas em extinção (aumento temporário na resposta quando um reforçador é retirado), produzindo ideias maravilhosas e criativas, ou preocupações, ou problemas físicos, etc. – tudo isso demandando receber atenção. Em retiros desse tipo, é dito à pessoa que, quando notar esse estado mental se aproximando, traga a atenção de volta à sua respiração. Em outras palavras, são tomadas providências para manter esse modo de solução de problemas da mente fusionado em extinção. A mente pode ser quase diabólica ao seduzir as pessoas para um modo de solução de problemas da mente fusionado. Por exemplo, a mente pode dizer: “Não estou fazendo isso direito” ou (ainda mais sedutora, algumas vezes) “Cara, hoje estou fazendo um bom trabalho meditando!”. Esses pensamentos podem ser notados, e a atenção trazida de volta para a respiração, mas, se a resposta seguinte for “O que foi que o meu instrutor de meditação disse antes?” ou “Espero conseguir continuar melhorando”, então “o pássaro já fugiu da gaiola” – isto é, a atenção foi desviada do presente e da observação dos pensamentos no presente quando eles ocorrem e, em vez disso, foi direcionada para um fluxo de linguagem fusionada. A solução para esse enigma é a prática – praticar a observação e

*image
not
available*

autoafirmações se revelam úteis apenas para aqueles que já têm alta autoestima. Se usadas de modo indiscriminado por aqueles que mais precisam delas, as autodeclarações positivas (“Sou uma pessoa amável”) são ativamente prejudiciais (Wood, Perunovic, & Lee, 2009). Na ACT, o objetivo não é alterar o conteúdo da auto-história diretamente, mas enfraquecer o apego a ela. Defendemos que é esse apego imperioso que provoca danos porque torna o comportamento mais restrito e rígido, reduzindo a flexibilidade psicológica.

O SELF-COMO-CONSCIÊNCIA-CONTÍNUA

A autoconsciência é importante na terapia e está intimamente associada a uma vida saudável e psicologicamente vital. Essa percepção é verdadeira, em parte, porque muito da nossa socialização sobre o que fazer em situações na vida está associado a um processo contínuo de autoconsciência verbal. A conversa emocional é talvez o exemplo mais claro. Raiva, ansiedade ou tristeza são muito variadas nas histórias que lhes dão origem, mas, dentro de cada uma, elas são bastante semelhantes em suas implicações sociais e psicológicas. Um indivíduo que não é capaz de estar consciente de estados comportamentais contínuos não consegue abordar as circunstâncias altamente variáveis e voláteis que a vida diária apresenta. Considere, por exemplo, uma jovem que foi abusada sexualmente durante muitos anos pelo pai. Suponha que durante todo esse período as expressões de emoção associadas a essa experiência aversiva tenham sido reinterpretadas, ignoradas ou negadas pelos irmãos, parentes e os pais. Por exemplo, o perpetrador pode ter tentado convencer a criança de que ela não estava contrariada quando de fato ela estava contrariada, ou que ela deveria se sentir amada quando de fato ela empaticamente não se sentia amada. Tendo em conta uma história como essa, a autoconsciência contínua da criança poderia ser distorcida ou enfraquecida, já que muitas discriminações verbais convencionais haviam sido minadas; em outras palavras, a criança pode não “saber” como se sentia – no sentido de ser capaz de usar palavras que descrevam acuradamente estados de sentimentos. Tal situação não significaria que ela não estivesse tendo intensas experiências emocionais, mas que não conseguia empregar símbolos verbais convencionais para entender, comunicar, responder e autorregular suas experiências emocionais. Em um sentido mais profundo, a pessoa estaria voando às cegas psicologicamente até que esse déficit fosse corrigido (como no contexto de uma relação terapêutica que ajudasse a pessoa a desenvolver autoconsciência mais normativa).

Em termos do processo psicológico envolvido, a base para o self-como-consciência-contínua é simplesmente a descrição verbal contínua (o que os skinnerianos rotulam como “tatos”). O *self* conceitualizado envolve a integração das observações e descrições a uma autonarrativa avaliativa. Em contraste, o *self* como processo está baseado nas ações relacionais simples de notar o que está presente, sem fusão ou defesas desnecessárias. É este último sentido de *self* que é estimulado pelas intervenções da ACT.

Segundo uma perspectiva comportamental, autoconsciência consiste em responder ao próprio responder. Skinner (1974) usou o exemplo da visão. A maioria

*image
not
available*

pessoa consciente – não como o objeto da reflexão, mas como uma perspectiva a partir da qual o conhecimento pode ocorrer.

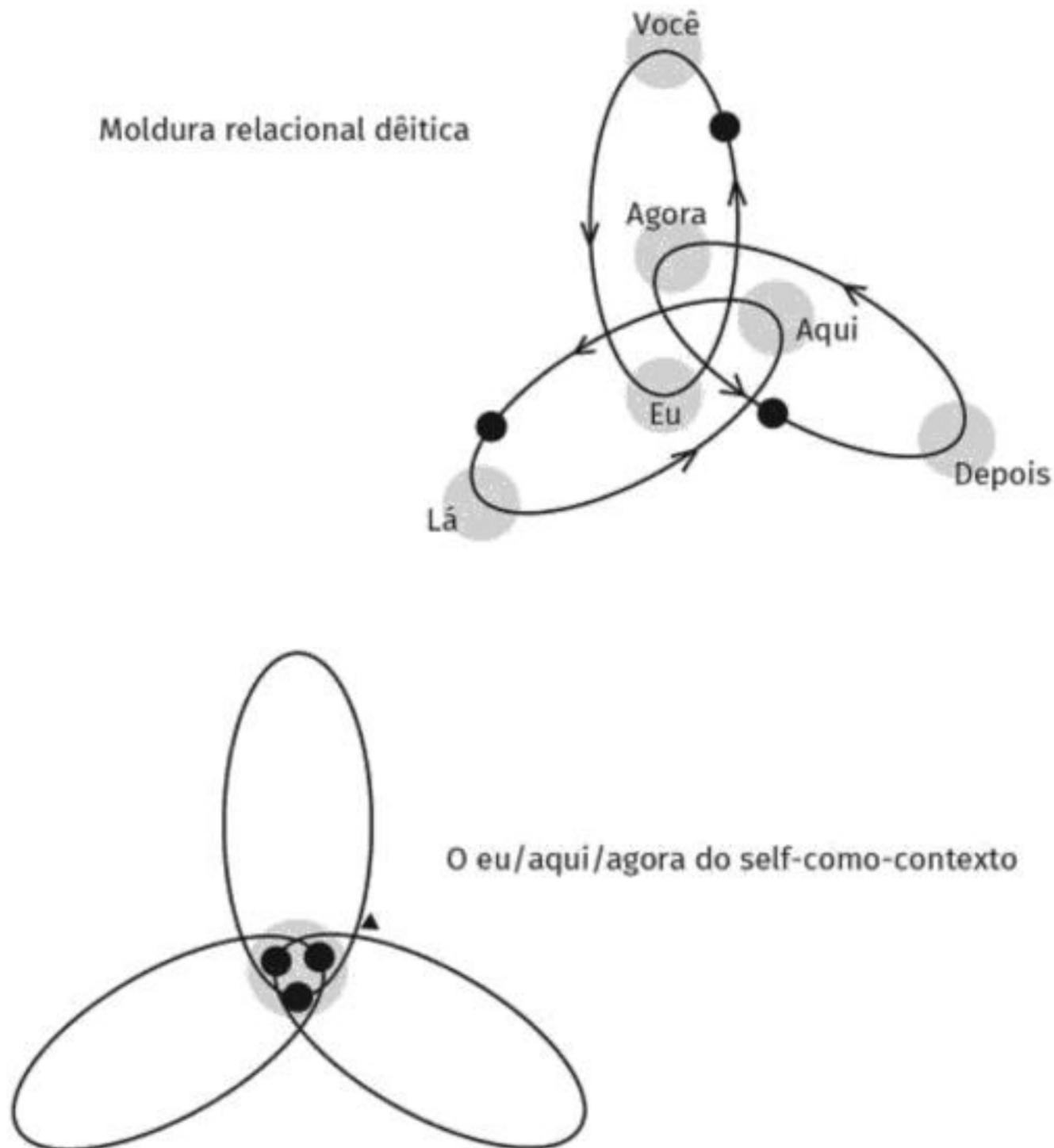


FIGURA 3.4 Representação gráfica de como as molduras relacionais dêiticas se reúnem para criar o “self-como-contexto” – um senso de *self* interconectado socialmente como um tipo de tomada de perspectiva. Copyright Steven C. Hayes. Usada com permissão.

Os exercícios clínicos comuns começam a fazer mais sentido quando as propriedades centrais da tomada de perspectiva são apreciadas. Um jovem adulto com apreciação fraca do seu impacto sobre os outros pode ser questionado por um terapeuta: “Você poderia se colocar naquela cadeira vazia? Se você fosse sua mãe, o que gostaria de dizer a você?”. Poderia ser dito a uma criança socialmente inadequada: “Imagine que você é o Super-Homem. O que o Super-Homem diria?”. A flexibilidade da tomada de perspectiva permite que o senso integrado do “eu/aqui/agora” seja situado independentemente de tempo, lugar ou pessoa. Podemos escrever cartas a nós mesmos de um futuro distante e mais sábio ou tentar ver o mundo pelos olhos de outra pessoa. Isso é clinicamente importante porque situa o autoconhecimento em um contexto temporal, social e espacial mais amplo. Essa

*image
not
available*

Estilo de resposta engajado: valores e ação de compromisso

Embora a abertura possa tornar nosso repertório de ações mais flexível, e a centralização apoie a consciência no momento presente, o que torna a vida significativa são as conexões com valores firmemente mantidos durante as ações na vida diária. Em última análise, a saúde psicológica é produzida por meio do trabalho eficaz no mundo real. Posteriormente, o trabalho eficaz tende a produzir um senso de vitalidade e conexão com a vida e um senso de saúde e bem-estar. Esse sentido de fluidez e engajamento emerge quando uma pessoa faz contato com eventos reforçadores no presente que são intrínsecos a ações de vida profundamente significativas.

Esperar, reagir e agradecer versus valorizar

A fusão cognitiva e a esquivas experiencial exigem outros custos de longo prazo na vida. Elas produzem padrões de comportamento diversos que se desenvolvem sobretudo sob condições de controle aversivo. O indivíduo pode perder com facilidade seu senso de direção na vida que normalmente ajuda a motivar, organizar e direcionar ações na vida que produzem vitalidade. Clinicamente, esse fenômeno costuma se mostrar como um tipo de falta de objetivo que em geral envolve queixas de que a vida parece mundana, vazia ou sem sentido e/ou queixas acerca da falta de motivação ou falha em levar adiante objetivos de curto e de longo prazos. A “crise da meia-idade” é talvez um exemplo – o cliente, que em geral tem um bom emprego, é casado, tem filhos e desfruta de todos os apetrechos da classe média, repentinamente rompe suas amarras normais para buscar alguma forma mais profunda de significado na vida. Esse rompimento com frequência é acompanhado por algum comportamento socialmente considerado tabu, como ter um caso extraconjugal, abandonar de modo repentino um bom emprego, etc. Em casos como esses, em geral estamos presenciando os efeitos retardados e supressores de ter, por tanto tempo na vida, seguido as regras socialmente prescritas sobre como viver em vez de se manter em contato com os próprios valores. Como diz aquele ditado consagrado: “Visão sem ação é um devaneio; ação sem visão é um pesadelo”.

A ênfase nos valores distingue a ACT de muitos outros tratamentos comportamentais especificamente e de uma ampla gama de terapias em geral. Somente dentro do contexto dos valores é que a ação, a aceitação e a desfusão se unem formando uma totalidade sensível. Na linguagem da governança por regras, os valores são formativos e motivam o reforço. Eles são um dos usos mais importantes da linguagem humana.

“Na ACT, valores são consequências livremente escolhidas, verbalmente construídas, de padrões de atividade contínuos, dinâmicos e progressivos, os quais estabelecem reforçadores predominantes para essa atividade que são intrínsecos ao engajamento no próprio padrão comportamental valorizado.” (Wilson & DuFrene, 2009, p. 66) A formulação de Wilson e DuFrene (2009) é densa e mais facilmente compreendida quando subdividida em seus componentes principais.

*image
not
available*

Ação de compromisso é uma extensão dos valores. Considerando que um valor envolve as consequências escolhidas de padrões de atividade contínuos e que uma ação baseada em valores é uma ação reforçada por essas consequências, manter um compromisso significa redirecionar o comportamento, momento a momento, para padrões de comportamento mais amplos com um objetivo de manter esses propósitos. No momento em que a pessoa vê uma divergência e escolhe redirecionar seu comportamento de modo que ele seja consistente com os valores, essa pessoa está se engajando em uma ação de compromisso.

Quando falamos de ação e comportamento aqui, não nos referimos necessariamente a atos físicos. Compromisso também pode envolver atividades mentais inteiramente privadas. Um dos compromissos de Victor Frankl enquanto estava em um campo de concentração nazista durante a II Guerra Mundial tinha a ver com sua esposa. Ele decidiu, em sua mente, que o amor era algo que fazia valer a pena suportar o sofrimento dos campos da morte. Ele desenvolveu incontáveis formas de manter sua esposa na mente mesmo durante todo o tempo em que esteve recluso, não sabendo se ela estava viva, não sabendo se algum dia voltaria a vê-la. Ele cita um cântico de Salomão: “Põe-me com selo sobre teu coração, porque o amor é tão forte como a morte” (Frankl, 1992, p. 50). Frankl viu claramente a sedução do desespero e, em vez disso, escolheu manter-se apegado àquela imagem da sua esposa. Cada vez que fez isso, ele fez uma escolha, um compromisso com o seu valor.

Diferentemente dos valores, que podem nunca ser obtidos como um objeto, objetivos concretos que são consistentes com os valores podem ser atingidos por meio da ação de compromisso. Os protocolos da ACT, de modo geral, envolvem toda a gama de definições de objetivos e metodologias para a mudança do comportamento que estão disponíveis na comunidade terapêutica mais ampla em geral e na terapia comportamental em particular. Ao mesmo tempo, as abordagens comportamentais existentes costumam ser fortalecidas por outros aspectos do modelo da ACT. Alguns dados sugerem que mudanças em outros processos centrais “possibilitam” que os métodos comportamentais funcionem. Por exemplo, disponibilidade (*willingness*) e aceitação parecem ajudar pessoas com transtorno de pânico a serem mais abertas à exposição (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004) ou pacientes com dor crônica a mudar o comportamento (Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004).

A ESSÊNCIA DO MODELO: FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

Flexibilidade psicológica pode ser definida como ter contato com o momento presente – como ele é, e não como o que ele diz que é – como um ser humano consciente, plenamente e sem defesas desnecessárias e persistir com, ou mudar, um comportamento a serviço dos valores escolhidos. Defendemos que os três estilos de resposta, compreendendo seis processos centrais, criam juntos a flexibilidade psicológica.



PARTE II

Análise funcional e abordagem à intervenção



*image
not
available*

cl clinicamente relevantes e suas soluções não se desenvolvem apenas dentro do organismo; ao contrário, eles interagem amplamente com o ambiente circundante. Por exemplo, os benefícios de ensinar flexibilidade psicológica a trabalhadores são enfraquecidos em um ambiente de trabalho que não permite que novas ideias sejam expressas e seguidas (Bond & Bunce, 2003). Os valores são sensíveis ao contexto cultural – eles podem ser aloccntricos ou relativamente individualistas. O modelo de flexibilidade psicológica é concebido para ser adaptável culturalmente ao permitir que o conhecimento cultural seja acoplado aos processos e princípios sabidamente importantes para a saúde psicológica. Esta é uma abordagem mais segura do que a adaptação cultural baseada no conhecimento cultural isoladamente, uma vez que as culturas podem apoiar processos psicologicamente nocivos, bem como processos saudáveis.

Como a avaliação na ACT está focada em um pequeno grupo de variáveis funcionalmente relevantes, os profissionais da ACT podem abreviar o processo de entrevista de modo significativo no que se refere aos exercícos de coleta de informações mais tradicionais. Isso, por si só, é algo altamente recomendável em ambientes sobrecarregados nos quais os serviços de saúde comportamental costumam ser oferecidos. Há duas perguntas principais que em geral “alimentam” o processo de formulação de caso na ACT: que tipo de vida o cliente deseja mais profundamente criar e viver? Quais são os processos psicológicos e/ou ambientais que inibiram ou interferiram na busca desse tipo de vida?

A análise funcional: tempo, trajetória e contexto

Na entrevista inicial, o cliente normalmente apresenta um foco em um problema particular, e o profissional costuma iniciar analisando essas queixas apresentadas. O modelo de flexibilidade psicológica ajuda a organizar as queixas em uma análise orientada para a sua função, não apenas para a sua forma, frequência ou ocorrência situacional. São necessárias informações sobre o curso e o contexto dos problemas do cliente para conduzir essa análise funcional.

O clínicO deve obter uma compreensão da *cronologia* do problema. Quando esse problema começou? Houve alguma época em que o cliente não teve o problema ou em que ele foi significativamente menos pronunciado? A natureza reveladora do problema ou *trajetória* também precisa ser entendida. Esse problema, no momento, tem aproximadamente a mesma intensidade, frequência e duração de quando apareceu pela primeira vez? Ele é menos grave do que antes ou pior do que já foi? Os impactos negativos do problema estão ampliando ou restringindo o espaço de vida do cliente? Ele parece mais controlável ou menos controlável ao longo do tempo? Também é importante observar os *antecedentes* e as *consequências* privados ou públicos do comportamento. O que desencadeia esse problema no mundo externo ou interno do cliente? O que acontece quando o cliente se engaja no comportamento? Como as consequências positivas e negativas se organizam a curto e a longo prazos?

Além de fornecerem as informações necessárias, essas perguntas por si só já são uma intervenção meramente devido à forma como são estruturadas pelo clínicO. Por

*image
not
available*

As falhas dos processos no momento presente podem assumir uma variedade de formas. Um exemplo comum é a preocupação e a ruminação. Clientes que exibem altos níveis de preocupação e ruminação podem ser capazes de acompanhar uma linha de questionamento. No entanto, as sondagens iniciais tendem a revelar que suas respostas persistentemente se voltam para preocupações sobre o futuro ou para um reexame de eventos passados. A rigidez atencional pode ser observada, por exemplo, em um cliente diagnosticado com síndrome de Asperger que fala quase exclusivamente sobre, digamos, cartas de basquete. Instruções para chamar a atenção do cliente para se deter em temas particulares podem encontrar resistência e frustração. Outros clientes podem ficar fixados na explicação ou na análise como um meio de evitar conteúdo emocional particularmente forte.

A distratibilidade é outra variante encontrada com regularidade. A incapacidade de manter o foco atencional é uma característica central de certos diagnósticos, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), mas também pode estar presente em clientes que enfrentam dificuldades com ansiedade e depressão. Nesses casos, várias visões, sons e tópicos desviam a pessoa do caminho. Clientes com histórias de trauma costumam exibir esse tipo de troca de tópicos a serviço da esquiva experiencial. Não devemos confundir o período de tempo do conteúdo que está sendo discutido com a capacidade de “estar presente” no sentido a que nos referimos. Por exemplo, suponha que um clínico pergunte acerca de um evento muito difícil no passado do cliente, como a morte do seu cônjuge. O cliente pode conseguir deslocar sua percepção e prestar atenção a esse evento, a lembranças dele e ao modo como as coisas estão agora quando lembradas e, então, consegue passar adiante para o próximo assunto. No sentido inverso, contudo, o cliente pode descartar a sondagem e rapidamente voltar ao tópico anterior ou passar para o seguinte ou ficar tão rigidamente conectado a ele que a habilidade de mudar o foco da atenção é perdida. A inclinação do cliente em geral é revelada pela receptividade relativa às sondagens sucessivas. Por exemplo, tendo feito contato com algum evento difícil no passado, o clínico pode perguntar sobre quais sentimentos estão “surgindo” quando o evento é recordado e sobre como eles poderiam ser diferentes do que foram experimentados quando o evento ocorreu originalmente. A transição fluida dessa época para agora, ou desse tópico para o seguinte, indica força nos processos relacionados ao momento presente mesmo que o conteúdo discutido seja “sobre o passado”. Da mesma forma, então, apenas trazer o passado ou o futuro voluntariamente não indica, por si só, que o cliente tenha dificuldade em lidar com os processos no momento presente.

As falhas nos processos relacionados ao momento presente costumam ser reveladas nos aspectos paralinguísticos da fala e nos aspectos atencionais da escuta. Quando os clientes estão psicologicamente presentes, existe um senso de presença em seus olhos, postura corporal, tom emocional e receptividade ao ritmo do terapeuta. Quando os clientes são atencionalmente rígidos e sem contato com o presente, podem ser distraídos por outros eventos quando eles ocorrem no ambiente imediato (p. ex., sons fora da sala) ou podem ser incapazes de se manter conectados e receptivos às sondagens do terapeuta. As dificuldades nessas áreas com frequência são experimentadas pelo terapeuta como um tipo de desconexão com o cliente, em que quase parece como se cliente e terapeuta não estivessem engajados na mesma

*image
not
available*

“devo” e “não posso”? Em que medida vive em um mundo de desculpas bem ensaiadas para explicar por que as coisas são como são – um mundo em que a mudança é impossível ou para outro momento que não agora?

Com frequência um tipo de comportamento estereotipado caracteriza as vidas de clientes que estão sob forte controle aversivo. Tanto a fusão quanto a esquiva experiencial são indicadas por padrões de comportamento rígidos. Verbalmente, esse padrão fica mais evidente no tom de voz, ritmo e conteúdo. O cliente pode dizer essencialmente a mesma coisa de modo repetitivo. A qualidade vocal também pode não ter alcance, tanto no tom quanto no ritmo. Para o cliente deprimido, o tom pode ser baixo e suplicante. O tom de voz do cliente irritado pode ser mais alto e recortado. Tanto os clientes deprimidos quanto os irritados apresentam pouca variabilidade ou sensibilidade contextual, mesmo quando estimulados para isso. Por fim, o conteúdo da fala do cliente mostra rigidez e limitação.

Avaliando processos de aceitação

A questão central na avaliação da aceitação é se o cliente é capaz de aceitar ativamente o que ocorre na experiência direta – momento a momento – mesmo quando o conteúdo é indesejado e penoso. Ou, então, quais aspectos da experiência privada do cliente estão funcionando como obstáculos a uma vida valorizada. Os clientes costumam procurar ajuda porque estão experimentando algum tipo de dor em suas vidas. Investigar em detalhes qual é a dor e o que o cliente faz em face dela molda diretamente as intervenções orientadas para a aceitação.

FALHAS COMUNS DOS PROCESSOS DE ACEITAÇÃO

Ao avaliar a aceitação, é importante avaliar tanto o conteúdo evitado quanto o repertório comportamental evitativo do cliente. Algumas vezes, o cliente rotula diretamente o que é inaceitável – ataques de pânico, períodos de humor depressivo, pensamentos negativos sobre si, culpa, vergonha, fissura por beber ou usar drogas. Quando o conteúdo do comportamento de esquiva pode ser descrito, o clínico pode investigar melhor as formas como o cliente lida com esses eventos inaceitáveis sempre que eles aparecem. A pessoa tende a entrar em pânico e ficar em casa? Ou evita participar de eventos ou se engajar em atividades que possam desencadear níveis desconfortáveis de ansiedade/tristeza/culpa? Quando em situações sociais, o cliente foca no monitoramento do nível da sua ansiedade em vez de apenas estar socialmente engajado? Como demonstra a narrativa a seguir, sondagens simples relacionadas ao que o cliente faz quando o conteúdo evitado está presente revelam muito acerca dos repertórios evitativos.

Terapeuta: Então, você disse que a avidez pela bebida tem sido particularmente ruim ultimamente.

Cliente: Sim, isso me deixa louco, não consigo pensar direito.

*image
not
available*

*image
not
available*

internas; para cada argumento favorecendo um lado de uma discussão, a mente humana geralmente será capaz de gerar um contra-argumento.

Eu: Eu deveria começar um programa de exercícios.

Eu: Mas eu não gosto de fazer exercícios.

Eu: Mas isso seria bom para mim.

Eu: Mas estou muito ocupado agora.

Eu: Mas você está sempre muito ocupado.

Eu: Mas eu tenho um capítulo para terminar.

Eu: E quando isso não acontece?

Eu: Mas desta vez estou falando sério. Quando voltar da Europa, eu vou começar.

Eu: Onde eu já ouvi isso antes?

E assim continua.

Discurso de justificação. Às vezes, um discurso fusionado soa menos como uma discussão e mais como uma justificativa, explicação ou apresentação de razões. O fator comum é a impermeabilidade relativa e a inflexibilidade da conversa. Versões breves de alguns exercícios de desfusão da ACT podem ajudar você, como clínico, a avaliar o quanto a apresentação de razões está arraigada. Por exemplo, o clínico pode escrever as razões do cliente em cartões de fichário medindo de 7,62 cm por 12,7 cm e, então, pedir que ele se sente em silêncio enquanto o clínico coloca um cartão por vez, voltado para cima, no colo do cliente. Este deve simplesmente ler em voz alta o que está escrito em cada cartão. O cliente altamente fusionado com frequência irá interromper esse exercício e começar a discutir sobre o propósito dele ou retomar o processo de defender razões no meio do caminho. Em contrapartida, um cliente com níveis muito baixos de fusão pode ter poucos problemas em simplesmente ler em voz alta as várias declarações do conteúdo e pode até mesmo fazer um comentário sobre essas declarações, que parecem diferentes quando são ditas em voz alta.

Um elemento adicional do discurso de justificação é um alto nível de solução de problemas verbais que falha em facilitar a ação consistente com os valores. Autoargumentar ou apresentar razões costuma ser um comportamento em busca de soluções. Vou ou não vou começar um programa de exercícios? Há alguma razão para que eu esteja deprimido? Há alguma razão para que eu imagine o pior no meu futuro? Se o cliente estiver tentando convencê-lo de alguma coisa, ou se você achar que está discutindo com o cliente, essa inclinação indica que altos níveis de conteúdo fusionado estão vindo à tona na interação. Você não precisa refutar essas razões. Em vez disso, você deve sondar a flexibilidade e a esQUIVA experiencial e comportamental que é o resultado final da fusão.

*image
not
available*

mexer e posso ouvir meu marido ajudando-o a se arrumar para a escola, e eu simplesmente não consigo me mexer.

Observe que o terapeuta pede um exemplo específico de maternidade, mas a cliente responde com uma referência geral às dificuldades psicológicas existentes e às falhas passadas como mãe. Embora a resposta da cliente pareça suficientemente sensível, ela de fato não responde à pergunta formulada. Se um cliente está particularmente fusionado, mesmo diversas sondagens podem não conseguir provocar uma resposta direta à pergunta formulada. A capacidade de resposta a essas sondagens reflete tanto uma avaliação quanto uma intervenção. Se o terapeuta consegue ajudar a manter o cliente no presente com um exemplo de vida valorizada por um período de tempo estendido, a fusão é diminuída pelo menos de forma momentânea. Então, o terapeuta pode ser capaz de auxiliar o cliente a construir objetivos consistentes com o valor.

Os valores são uma questão de escolha, não de mero cumprimento; portanto, outra falha nos processos de valores surge quando eles são empregados como um método de evitação da culpa ou para obtenção de aprovação social. Essas motivações, às vezes, podem ser avaliadas na entrevista. Por exemplo, o cliente que valoriza a educação pode ser questionado: “E se você pudesse aprender, mas ninguém soubesse, isso ainda seria de importância?”. Quando o que parece ser um valor está, em vez disso, a serviço da adequação social ou da esquiva da experiência, o questionamento irá revelar que os valores não são intrínsecos à ação em si, nem verdadeiramente escolhidos de forma livre.

MEDIDAS FORMAIS DOS VALORES

Inúmeros processos de avaliação e medidas dos valores estão disponíveis, tais como o “Na mosca” (Bull’s Eye) (Lundgen, Dahl, Yardi, & Melin, 2008), o Questionário sobre Valores Pessoais (Ciarrochi, Blackledge, & Heaven, 2006, baseado no trabalho de Sheldon & Elliot, 1999) ou o Questionário da Vida Valorizada-2 (VLQ-2; Wilson & DuFrene, 2009), o qual é discutido em detalhes no Capítulo 11. Em sua maior parte, essas medidas são relativamente eficientes, não levando mais de 15 a 20 minutos para serem completadas na maioria dos casos. O VLQ é uma exceção, mas versões específicas dele estão surgindo em áreas como a dor crônica (Vowles & McCracken, 2008). Quando o tempo permite, a integração de instrumentos de clarificação dos valores estruturados à entrevista clínica pode criar ainda mais clareza sobre as questões de valores. Existem determinados domínios valorizados em que o cliente apresenta mais flexibilidade no discurso ou, então, áreas em que existe um forte senso de restrição? Quando um cliente apresenta flexibilidade razoável em um domínio valorizado, o clínico pode avançar na elaboração dos valores e na criação de possíveis ações de compromisso. Quando o cliente mostra restrição considerável e altos níveis de fusão e esquiva, o terapeuta deve voltar a centralizar e focar no trabalho no momento presente.

Uma área complicada ocorre com culturas que estimulam valores alocêntricos. Os humanos são uma espécie social, e em nossa experiência a maioria das pessoas em todas as culturas apresenta fortes valores sociais. Em culturas alocêntricas, no

*image
not
available*

flexibilidade psicológica visa informar o conjunto mais amplo de questões funcionais específicas de problemas particulares apresentados.

Âncoras de avaliação

Você pode usar um método numérico aproximado de monitoramento dos seis processos de flexibilidade focando na facilidade de ocorrência e na flexibilidade contextual e comportamental de dimensões essenciais de resposta para cada processo. As dimensões são mostradas para cada processo na Folha de Classificação da Flexibilidade na Figura 4.1. Podemos imaginar uma escala de 10 pontos a partir do zero (ocorre muito raramente ou nunca) até 10 (ocorre de forma flexível e quando necessário, funcionalmente falando), com o ponto médio de 5 indicando que a dimensão da resposta ocorre apenas algumas vezes (mesmo quando necessário e útil) ou somente com encorajamento. Fazendo a estimativa dessas classificações numéricas durante ou após as sessões, pode ser criada uma avaliação global dos processos de flexibilidade psicológica calculando-se a média das fileiras dentro das áreas. Essas classificações podem, por sua vez, alimentar a formulação de caso específica descrita na próxima seção.

		0	5	10
Processo	Principais características do comportamento do cliente	Nenhum ou muito raramente	Às vezes ou com encorajamento	Fluente e flexível
Momento presente	<i>Observa e faz uso de eventos internos e externos no agora</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Atenção flexível – consegue persistir ou mudar quando necessário</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Desvincilhado do passado ou futuro em vez de preocupar-se em prever ansiosamente ou ruminar</i>	0	5	+ + + + + + + +
Self	<i>Contato com um senso de self transcendente</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Vê a perspectiva dos outros e outros momentos ou lugares</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Desvincilhado do self conceitualizado</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Usa a tomada de perspectiva para melhorar a ação efetiva</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Demonstra empatia e compaixão genuínas</i>	0	5	+ + + + + + + +
Aceitação	<i>Assume abordagem aberta e curiosa das experiências dolorosas</i>	0	5	+ + + + + + + +
	<i>Consegue desfrutar de emoções positivas sem se apegar ou demonstrar excessivo medo de perda</i>	0	5	+ + + + + + + +

outras pessoas ou atender às suas próprias necessidades acima das dos outros significava que ela era uma má pessoa e não uma boa cristã. Jenny admite que não quer que a mãe more na sua casa e que tem muitas emoções “acumuladas” que acha difíceis de expressar. Menciona sentir-se muitas vezes culpada e egoísta quando discute o próprio desejo por maiores níveis de independência, autonomia e estabelecimento de limites. Relata que se sente deprimida e autocrítica, particularmente depois de alguma tentativa fracassada de afirmar sua independência em face das críticas e demandas incessantes de sua mãe por atenção. Ela menciona por várias vezes durante a entrevista inicial que quer ter relações que sejam genuínas e honestas. Tem tido muita dificuldade para conversar com a mãe sobre o que quer. O escore de Jenny no AAQ mostra alto grau de esquiva experiencial. As estimativas do terapeuta sobre a força dos processos da ACT no caso de Jenny, em média, são apresentadas na Figura 4.2. Os maiores problemas são com desfusão (com classificação de 2) e aceitação (3) – o estilo de resposta da abertura. Valores (6) e ação (7) são forças relativas. Os processos envolvidos em estar centrada – agora (5) e *self* (4) – estão classificados no setor intermediário. A investigação detalhada do gráfico nos dá uma noção dos problemas particulares de cada cliente – a própria forma da figura condensa muita informação em uma única imagem.

Ao refletirmos sobre as possíveis influências internas e externas que afetam a situação da cliente, pode ser usado um formulário um pouco diferente, conforme visto na Figura 4.3. Apelidado de “tartaruga” – apenas por se parecer com uma –, esse instrumento foi inicialmente desenvolvido pelo especialista japonês em ACT Takashi Mutto, que salientou que a palavra japonesa para *hexágono* é derivada do símbolo para “casco de tartaruga”. Cada um dos seis processos principais é representado por um círculo organizado em torno do hexágono. Cada círculo, por sua vez, consiste de um grupo de 10 círculos concêntricos progressivamente menores representando as classificações possíveis da força do processo. Estes podem ser preenchidos com os mesmos escores representados na Figura 4.2. A “tartaruga” é especialmente útil nos grupos de supervisão, entre os quais ela pode ser prontamente distribuída ou ampliada para um *flip chart*, possibilitando que todo o grupo visualize a formulação do caso.

*image
not
available*

O nível muito alto de fusão de Jenny provavelmente será um foco do tratamento, mas suas áreas de força provavelmente serão aliadas nesse processo. Nesse caso, a força óbvia são os seus valores, presumindo-se que Jenny confirme a valorização de relações que sejam abertas, honestas, amorosas e compassivas e esteja disposta a tomar as medidas necessárias para promover essas qualidades. Esse curso pode, então, informar não somente como se comportar com sua mãe idosa e exigente, mas também como enfrentar as barreiras verbais fusionadas que podem levar a uma fraca fixação de limites e à autoinvalidação. Por exemplo, dar espaço na consciência para processos automáticos de autojulgamento pode ser parte de um esforço baseado nos valores de ouvir atentamente suas próprias experiências com julgamento menos fusionado. Ouvir sua mãe dessa maneira também pode fazer parte do esforço. As partes dolorosas de sua história podem ser um aliado nessa tarefa. Jenny pode se lembrar de como se sentia envergonhada quando pequena e era acusada de ser má cristã por não cuidar de sua mãe. O terapeuta poderia tentar associar as habilidades de desfusão a essa dor e à sua origem no anseio por aceitação e por uma relação mais positiva. Por exemplo, poderia ser pedido a Jenny para se recordar de alguma situação em que teve dificuldades quando criança e que agora tenha uma conversa como adulta com essa criança. Ela pode ser solicitada a dizer em voz alta algumas das coisas autocríticas que pensa agora, tais como “Eu sou uma má pessoa”, na voz dessa criança. Essa intervenção de desfusão é concebida para ativar sua autocompaixão e autoaceitação, tornando possível o tipo de relações que ela valoriza: relações que sejam abertas, honestas, amorosas e compassivas. O plano de tratamento resultante para Jenny é apresentado na Figura 4.4.

No método de formulação de caso Psy-Flex, cada estilo de resposta é representado por um arco que conecta seus dois processos. Depois que o cliente completa a entrevista clínica e algum exercício de avaliação adicional, o clínico o classifica de baixo a alto em cada processo central marcando as linhas dentro de cada arco, como já fizemos com as ferramentas anteriores. Abaixo dos arcos estão as perguntas fundamentais para formulação do caso e planejamento do tratamento para aquele estilo de resposta. Elas ajudam o terapeuta a focar em processos importantes que entram em jogo, caso esse estilo de resposta seja o foco da intervenção. As respostas são formuladas com base nas informações coletadas na entrevista clínica e em outras informações disponíveis. Por exemplo, abaixo do Arco Central, o clínico deve identificar as barreiras que estão impedindo o cliente de contatar flexivelmente o momento presente e as estratégias que podem ajudar a promover a experiência no momento presente. Além disso, o clínico deve observar intervenções específicas que podem ser efetivas na abordagem de algum déficit observado em um processo central. O caso a seguir ilustra o uso da Ferramenta de Planejamento Psy-Flex.

Exemplo de caso: Sandra

Sandra é uma mulher de 42 anos com preocupação crônica e ansiedade diária. Foi diagnosticada previamente em outro contexto de saúde mental com transtorno de ansiedade generalizada. Ela parece manter apenas atenção parcial ao mundo à sua volta e se descreve como constantemente preocupada. Durante a entrevista, com frequência mudava de um tópico para outro, aparentemente em resposta a recrudescimento da emoção negativa associada a algum tópico. Sandra tem pouco contato consigo mesma, além das suas dificuldades com a ansiedade. Teve dificuldades na entrevista para simplesmente recuar e descrever seus pensamentos preocupantes sem entrar em autoavaliações negativas ou avaliações do tópico de seus pensamentos. Ela se descreve como “muito preocupada” e responde a eventos ambíguos como potencialmente ameaçadores ou perigosos. Sandra é intolerante ao desconhecido, e sua preocupação parece distraí-la desses poderosos temores subjacentes. A preocupação de Sandra com frequência envolve a classificação de eventos potenciais em “bons” ou “ruins” e o planejamento de como ela poderia lidar com tais eventos. Fontes frequentes de fusão são as coisas “ruins” que podem acontecer às suas duas filhas. Sandra valoriza profundamente seu papel de mãe. Algumas vezes tem conseguido deixar suas preocupações de lado de forma temporária para se relacionar com suas filhas, que têm 13 e 15 anos. No entanto, está insatisfeita com a frequência com que permite que suas preocupações dominem sua atenção e energia e observa que suas filhas algumas vezes já comentaram que ela “não está ali” e parece distante. Sandra agora está preocupada com o impacto da sua preocupação na sua relação com as filhas e o marido.

Como pode ser visto na Figura 4.5, este é um caso em que os arcos da “abertura” e da “centralização” predominam. Sandra precisa de treinamento em aceitação (dar espaço para pensamentos perturbadores e imagens do futuro) e *mindfulness* (manter-se focada no momento em vez de ser atraída para o futuro por meio da preocupação).

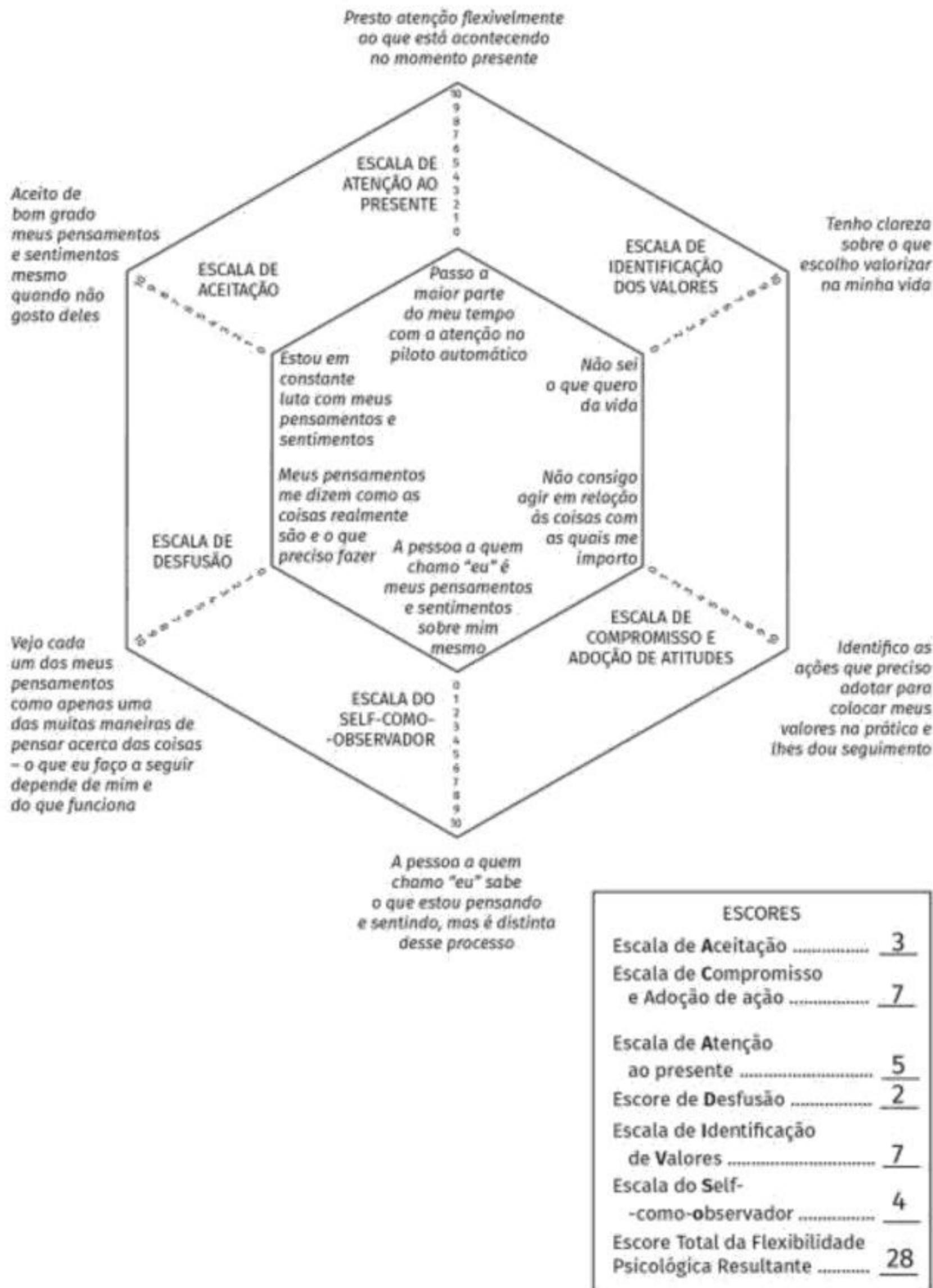


FIGURA 4.6 Uso do ACT Advisor para ajudar a rastrear os pontos fortes e fracos de Michael. Copyright David Chantry. Usada com permissão.