

# Superando barreiras para exposição por meio da integração de princípios da ACT

Overcoming barriers to exposure by integrating principles derived from  
ACT

Superando barreras para la exposición mediante la integración de  
principios de la ACT

Daniel Afonso Assaz ✉  
Cláudia Kami Bastos Oshiro

Universidade de São Paulo

## RESUMO

As terapias baseadas em exposição possuem papel central dentro da Clínica Analítico-Comportamental e têm repetidamente demonstrado sua eficácia no tratamento de diversos problemas psicológicos. Entretanto sua efetividade na prática é comprometida por taxas significativas de clientes que abandonam ou não respondem à terapia e por receios de clínicos que consideram a exposição como perigosa, intolerável e antiética. Argumenta-se que a integração de princípios comportamentais não usualmente enfatizados nas terapias baseadas em exposição, provenientes da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), podem contribuir para reduzir os obstáculos para a efetividade encontrados e, conseqüentemente, otimizar a implementação da exposição. O objetivo do artigo é apresentar tal integração por meio de recortes de dois casos clínicos com sintomas compatíveis com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Fobia Específica. Demonstra-se que a integração proposta pode reduzir a esquiva do terapeuta e do cliente diante da exposição e ampliar o repertório do indivíduo frente ao evento temido.

**Palavras-chave:** exposição; terapia de aceitação e compromisso; efetividade.

## ABSTRACT

Exposure-based therapies have a central role in Clinical Behavior Analysis and have repeatedly demonstrated their efficacy in the treatment of a wide array of psychological problems. However, their effectiveness in the clinic has been compromised by a significant percentage of clients who drop out or do not respond to therapy, and by clinicians who fear that exposure therapy is dangerous, intolerable and unethical. It is argued that the integration of behavioral principles not commonly emphasized in exposure-based therapies, derived from Acceptance and Commitment Therapy (ACT), may contribute in reducing the effectiveness obstacles found, and consequently optimize the implementation of exposure. The paper's objective is to present such integration through a brief illustration of two clinical cases, one with symptoms compatible with Obsessive-Compulsive Disorder and the other with Specific Phobia. It is argued that the proposed integration may reduce client's and therapist's avoidance of exposure and broaden the client's repertoire when faced with the feared event.

**Keywords:** exposure; acceptance and commitment therapy; effectiveness.

## RESUMEN

Las terapias basadas en la exposición tienen una gran importancia en la Clínica Analítico Conductual y han demostrado repetidamente su eficacia para distintos problemas psicológicos. Sin embargo, su efectividad en la práctica es comprometida por tasas significativas de clientes que no completan o no responden a la terapia; y por el miedo de clínicos que creen que la exposición es peligrosa, intolerable y antiética. Se argumenta que principios conductuales que no son usualmente enfatizados en las terapias basadas en la exposición, proveniente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pueden traer contribuciones para reducir los problemas de efectividad encontrados y, consecuentemente, optimizar la implementación de la exposición. El objetivo del artículo es presentar la integración mediante dos ilustraciones breves de casos clínicos, uno con síntomas compatibles con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y otro con la Fobia Específica. Se defiende que la integración propuesta puede reducir la evitación del terapeuta y del cliente a la exposición y ampliar el repertorio del cliente cuando él está ante el evento temido.

**Palabras clave:** exposición; terapia de aceptación y compromiso; efectividad.

Ao observar o desenvolvimento da Clínica Analítico-Comportamental, é nítido que a exposição, enquanto procedimento terapêutico, tem sido uma parte importante dessa história. Estudos pioneiros utilizaram a exposição para tratar medos e ansiedades em condições controladas de laboratório (Jones, 1924), e os maiores proponentes da

modificação de comportamento frequentemente adotaram essa estratégia em sua prática clínica (Lazarus, 1976/1980; Wolpe, 1973/1976).

Atualmente, a exposição, em suas mais diversas variações (de modo gradual ou implosivo, com estímulos reais, imaginados ou virtuais), é um

procedimento central de diversas modalidades terapêuticas comportamentais e cognitivas. Muitas delas são consideradas terapias com fortes evidências de eficácia, como Terapia de Exposição para Fobia Específica, Exposição com Prevenção de Resposta para Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Exposição Prolongada para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Division 12 of the American Psychological Association, 2016).

A despeito das evidências de eficácia, as terapias baseadas em exposição enfrentam alguns problemas em sua aplicação clínica. Em primeiro lugar, as pesquisas indicam que em todas essas intervenções sempre há um número de pacientes que não respondem ao tratamento ou desistem no meio do processo terapêutico. Embora haja uma alta heterogeneidade desses valores entre os estudos, muitas vezes em função de variações metodológicas, é evidente que esses casos constituem uma parcela significativa dos pacientes.

No caso da Exposição Prolongada para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a evasão pode chegar até a 50%, com média de 18% entre os estudos, além de uma alta porcentagem de clientes que não respondem ao tratamento, podendo chegar até 67% a depender da pesquisa (Imel, Laska, Jakcupcak, & Simpson, 2013; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008). Em relação à Exposição com Prevenção de Resposta para Transtorno Obsessivo-Compulsivo, estima-se que a taxa de evasão possa chegar até 30%, e a de não resposta até 7% (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2005; Stanley & Turner, 1995). Por fim, na Terapia de Exposição para Fobia Específica, os números de *drop-out* podem chegar a 45%, e os dos clientes sem forte melhora após o tratamento a 20% (Choy, Fryer, & Lipsitz, 2007).

Apesar de esses valores não serem exclusivos de terapias baseadas em exposição (cf. Imel et al.,

2013), mas um elemento comum de estudos de efetividade de psicoterapias e um problema mais amplo e multifacetado da psicoterapia de forma geral (Barrett et al., 2008; Swift & Greenberg, 2012), permanece o fato de que muitos clientes não se beneficiam tanto dessas modalidades terapêuticas quanto poderiam. Em segundo lugar, pesquisas com psicólogos clínicos (inclusive de tradições comportamentais e cognitivas) indicam que eles frequentemente optam por não utilizar a exposição ou utilizá-la aquém do nível ótimo, mesmo em casos para os quais a literatura sugere que essa seria a melhor evidência de pesquisa (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006; Deacon, Lickel, Farrell, Kemp, & Hipol, 2013; Farrell, Deacon, Kemp, Dixon, & Sy, 2013; Olatunji, Deacon, & Abramowitz, 2009; van Minnen, Hendriks, & Olf, 2009). As razões dadas foram diversas, porém elas usualmente envolviam as crenças de que a terapia baseada em exposição é perigosa para o cliente, podendo retraumatizar e exacerbar os sintomas clínicos, estressante e intolerável, tanto para o cliente quanto para o terapeuta, e antiética (Deacon & Farrell, 2013; Farrell, Deacon, Dixon, & Lickel, 2013). Tais justificativas permanecem apesar das evidências de que a terapia baseada em exposição é uma intervenção eficaz, tolerada (e até preferida) pelos clientes e que respeita as diretrizes do Código de Ética do Psicólogo (Deacon & Farrell, 2013; Foa, Gillihan, & Bryant, 2013).

O cenário acima gera uma dificuldade para que os clientes tenham acesso ao melhor tratamento possível. De um lado, as terapias baseadas em exposição repetidamente demonstraram sua capacidade de ajudar pessoas que sofrem com quadros de medo e ansiedade. De outro lado, variáveis do terapeuta e do cliente dificultam que muitos clientes sejam beneficiados por esse tipo de

terapia, reduzindo sua efetividade na prática. Como resolver esse impasse?

## **SUPERAÇÃO DE BARREIRAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE TERAPIAS BASEADAS EM EXPOSIÇÃO**

Ciente das barreiras para a disseminação e aplicação das terapias baseadas em exposição, diversos autores ofereceram possíveis soluções inovadoras e criativas para esse dilema (Farrell et al., 2013; Taylor & Abramowitz, 2013). Uma dessas possibilidades provém da perspectiva de integração entre diferentes modalidades ou componentes terapêuticos (Abramowitz et al., 2005; Cahill & Foa, 2004).

Antes de entrar nessa questão, é importante ressaltar que tal integração proposta deve ser conceituada no nível do processo, e não da teoria ou técnica. Tal proposta remete à busca por terapias baseadas em evidência, responsável por identificar pacotes terapêuticos capazes de produzir mudanças clinicamente significativas na vida dos clientes (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001). Apesar da importância deste trabalho, essas evidências não informam sobre os mecanismos de mudança, isto é, quais os processos que levaram o cliente a apresentar uma melhora clínica significativa (Borkovec & Castonguay, 1998; Goldfried, 2013; Kazdin, 2001). Ao direcionar o foco para o processo de mudança, é possível perceber que um pacote terapêutico traz consigo diversos mecanismos de mudança e, também, que alguns mecanismos serão compartilhados por duas ou mais modalidades terapêuticas. Em outras palavras, existe a possibilidade de integrar diferentes mecanismos de mudança de diferentes modalidades em uma única intervenção terapêutica. Essa é a perspectiva adotada por Rosen e Davison (2003), ao defenderem

a listagem de princípios de mudança baseados em evidência, e por Callaghan e Darrow (2015), ao sugerirem uma quarta onda de psicoterapias cognitivas e comportamentais.

A ênfase da integração no âmbito dos processos de mudança é decorrente do fato de que a integração de procedimentos já é feita por diversos clínicos que empregam técnicas de abordagens distintas dentro de seu referencial teórico (Lazarus, Beutler, & Norcross, 1992) e de que a assimilação filosófica e teórica produziria um ecletismo problemático, de difícil integração em um todo coerente (Lazarus, 1967; Lazarus et al., 1992).

Então a pergunta a ser feita é: poderão processos comportamentais, que não são tradicionalmente enfatizados nas terapias de exposição, ser capazes de reduzir as dificuldades de implementar a exposição de forma efetiva otimizando o tratamento? Questionamento similar foi feito por Lima (2017) ao estudar como princípios da Psicoterapia Analítica Funcional (cf. Kohlenberg & Tsai, 1991) podem contribuir para otimizar o tratamento de mulheres vítimas de abuso sexual ao (a) reduzir efeitos deletérios da exposição, como término prematuro da terapia, e (b) aumentar a qualidade de vida dessas clientes ao desenvolver seus relacionamentos interpessoais, um âmbito comumente prejudicado em função do trauma vivido e pouco trabalhado nas terapias de exposição para essa população. Os resultados positivos dessa pesquisa são encorajadores para a possibilidade dessa integração.

O objetivo do presente artigo é discutir se princípios derivados da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) podem ser incorporados ao processo das terapias de exposição de modo a reduzir as dificuldades encontradas por essa modalidade na prática (i.e., taxas de abandono e não responsividade de clientes ao tratamento e

resistência de uso por parte dos clínicos), oferecendo um raciocínio analítico-funcional que justifique tal integração. A aproximação entre ACT e exposição não é nova e já foi esboçada previamente (Twohig et al., 2014). Entretanto ela é geralmente feita a partir do enquadramento da exposição no modelo clínico da ACT, e não da integração entre princípios e processos comportamentais presentes em ambas de modo não hierarquizado, como o *presente* artigo.

Para ilustrar essa perspectiva integrativa, serão oferecidos recortes de dois casos clínicos, ambos atendidos pelo primeiro autor: o primeiro com sintomas compatíveis com o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), e o segundo com sintomas compatíveis com o quadro de Fobia Específica de agulhas. Porém, antes de adentrar os casos, será feito um breve preâmbulo sobre a função da exposição.

#### **POR QUE SE EXPOR: ALGUMAS PALAVRAS SOBRE O OBJETIVO DA EXPOSIÇÃO**

Enquanto procedimento terapêutico utilizado há mais de meio século, a exposição já foi utilizada por muitos clínicos, porém não há uma concordância entre eles a respeito do mecanismo em ação no procedimento (Myers & Davis, 2007; Tryon, 2005) e nem sobre o objetivo de empregar a exposição em terapia (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). A respeito do objetivo da exposição, é possível distinguir três grandes conjuntos de raciocínios, sendo cada um deles defendido por um grupo de autores.

Em primeiro lugar, a exposição pode ser vista como uma situação na qual o indivíduo tem a possibilidade de entrar em contato com o evento temido em um ambiente seguro e permanecer em contato com ele, sem fugir, até estar habituado a ele, apresentando menor ansiedade (Wolpe,

1973/1976). Em segundo lugar, pode-se compreender a exposição como um momento no qual o cliente está mais apto a aprender sobre o estímulo temido de modo diferente da relação previamente aprendida, na qual o estímulo condicionado (CS) sinalizava a ocorrência do estímulo incondicionado (US), conseqüentemente gerando respostas como ansiedade e esquiva. Essas novas aprendizagens podem ser compreendidas como a correção de relações antigas por meio do “processamento emocional” (Foa & Kosak, 1986), ou a aprendizagem de uma nova relação, na qual o CS prediz a não ocorrência do US (Craske et al., 2008).

Em terceiro lugar, pode-se entender a exposição como uma oportunidade para que o indivíduo emita, diante do estímulo temido, respostas alternativas à fuga/esquiva – respostas essas que foram aprendidas em terapia e que constituem um modo mais efetivo de manejar aquela situação, com maior probabilidade de serem reforçadas positivamente em longo prazo (Eifert & Forsyth, 2005; Eifert et al., 2009; Twohig et al., 2014). Na ACT, a exposição é discutida e praticada a partir dessa terceira perspectiva, na qual a exposição é um exercício experiencial pensado para que o cliente amplie seu repertório diante do estímulo temido.

#### **CASO I: CARLOS**

##### *Dados pessoais e queixa inicial*

Carlos (nome fictício), 22 anos, é um estudante de Física que buscou atendimento psicológico em função de um quadro de Transtorno Obsessivo-Compulsivo diagnosticado por seu psiquiatra, caracterizado por uma grande variedade de obsessões e compulsões que o acompanham desde o início da adolescência. Já havia passado por diversos tratamentos psicológicos e farmacológicos, porém sem melhoras clínicas significativas.

Atualmente é medicado com sertralina, um inibidor seletivo de receptação de serotonina (ISRS).

### *Análise de contingências atuais*

O relato de Carlos sugeriu que seu dia a dia é caracterizado por um grande número de pensamentos obsessivos intrusivos. Estes são evocados por gatilhos específicos e com uma estrutura bastante similar: uma ação (ou inação) de Carlos iniciaria uma cadeia causal de eventos que culminaria em uma consequência aversiva longínqua e improvável, porém de alta magnitude. Enquanto uma instância de comportamento verbal, o pensamento obsessivo altera a função dos eventos ambientais que iniciariam a cadeia causal (cf.

Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001; Schlinger, 2008), que passam a eliciar respostas de ansiedade e culpa e evocar respostas de fuga e esquiva, como checagem, lavagem, fuga do ambiente e interrupção de ação (i.e., compulsões). Quando a consequência, que era improvável desde o começo, não ocorre, tanto a resposta obsessiva quanto a compulsiva são reforçadas negativamente. Porém esse padrão acarreta prejuízos para Carlos em suas relações sociais e atividades acadêmicas, além do grande custo de tempo envolvido, especialmente quando as esquivas se tornam progressivamente mais amplas, restringindo ainda mais o repertório do cliente. A Figura 1 apresenta tal análise de contingências.

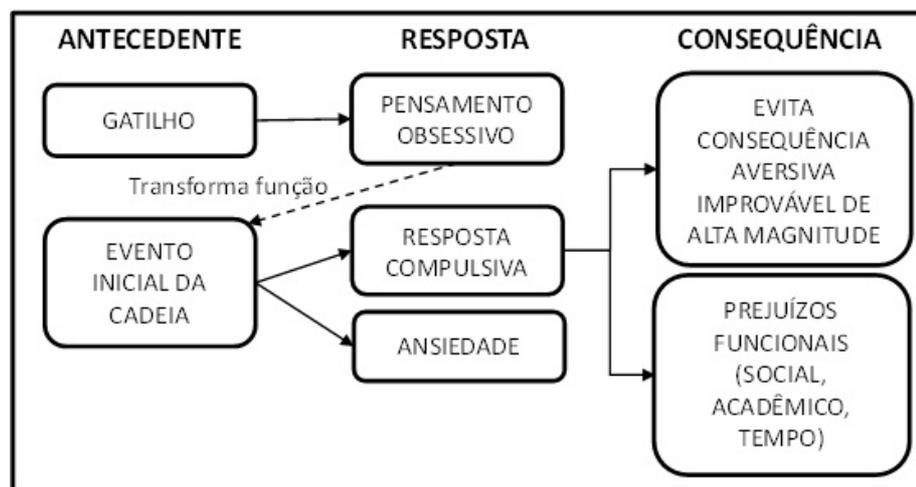


Figura 1. Análise de contingências do caso de Carlos.

A variedade de compulsões e obsessões existentes era muito grande, sendo possível distinguir entre cinco grandes tipos: contaminação por germes (tocar ou carregar objeto sujo causa doenças, que causam a morte de si e da família, levando-o a evitar tocar em objetos ou lavar as mãos excessivamente); contaminação radioativa (tocar em material do laboratório causa contaminação radioativa, o que causa morte, levando-o a evitar tocar no material, checar níveis de radiação excessivamente e abandonar o laboratório); gravidez (fazer sexo causa gravidez, o que causa a ruína de seus planos de vida,

levando-o a evitar e interromper o contato sexual); assalto à casa (deixar a casa aberta causa assalto, o que leva assaltantes a machucar sua família, levando-o a checar excessivamente portas e janelas); dano “mágico” ao outro (agir pensando em outra pessoa causa dano a essa pessoa, levando-o a interromper o ato e/ou controlar pensamento).

### *Análise de contingências históricas*

A análise da história de vida de Carlos indicou uma longa história de punições por parte do pai, tanto verbais (humilhações e culpabilizações) quanto

físicas (agressões). Essas punições eram ora contingentes a classes de respostas de Carlos que desagradavam o pai (e.g., não trancar ou organizar a casa, demonstrar interesse por temas e objetos diferentes do gosto do pai), ora não contingentes a nenhuma classe de resposta específica (e.g., pai teve dia estressante no trabalho).

Foi hipotetizado que tal história de punição com baixa previsibilidade teve três principais efeitos sobre o repertório de Carlos. Em primeiro lugar, o pai adquiriu função de estímulo aversivo condicionado, eliciando ansiedade e culpa e evocando respostas de fuga/esquiva. Em segundo lugar, Carlos tornou-se mais sensível a eventos que podem desagradar o pai e acarretar em punição. Em terceiro lugar, aumentou a frequência de construção de relações verbais entre o seu comportamento e consequências aversivas que fossem capazes de controlar seu comportamento (autorregras de causalidade). A imprevisibilidade das punições em conjunto com a alta sensibilidade do cliente às consequências de seu comportamento e a alta frequência de formulações de autorregras fez com que Carlos fosse capaz de relacionar verbalmente seu comportamento a consequências aversivas longínquas e improváveis (i.e., obsessões) e responder a elas com respostas de esquiva (i.e., compulsões).

### *Objetivos terapêuticos*

No caso de Carlos, foram inicialmente definidos três objetivos terapêuticos: a) aumentar o controle das consequências das respostas de esquiva compulsiva e aproximação dos estímulos temidos; b) reduzir o controle das autorregras obsessivas; c) aumentar a frequência de respostas de aproximação diante dos estímulos temidos.

### *Intervenções e processo terapêutico*

Valores: construindo o sentido e a motivação para se expor

A história prévia de Carlos com tratamentos psicológicos e farmacológicos tornou-o cético em relação aos benefícios da psicoterapia, o que foi claramente explicitado em sua fala. Tal atitude dificultou a construção da aliança terapêutica em torno da empatia pelo sofrimento do cliente, receoso em confiar e demonstrar seus sentimentos para o terapeuta. Frente a esse obstáculo, optou-se por favorecer o vínculo e a cooperação terapeuta-cliente por meio do estabelecimento em conjunto da direção da terapia, isto é, da clarificação dos valores de Carlos. Tal estratégia é congruente com o primeiro objetivo terapêutico.

Valores podem ser compreendidos como tatos de reforçadores positivos para o indivíduo (Skinner, 1971), portanto eles não devem ser verbalizações sobre o controle de reforçadores negativos ou predominantemente sob controle social. Ademais, eles devem refletir um padrão amplo de ação e não enfatizar as consequências dessas ações (Assaz, Vartanian, Aranha, Oshiro, & Meyer, 2017; Plumb, Stewart, Dahl, & Lundgren, 2009). Isso significa que o desejo inicial de Carlos, de não ter mais obsessões e compulsões, não pode ser compreendido como um valor porque ele está relacionado (a) com o reforçamento negativo, por meio da evitação dessas experiências, e (b) com o objetivo específico de se livrar dessas experiências.

Entretanto a queixa de Carlos serviu como ponto de partida para a clarificação de valores. A partir do pedido do cliente de evitar as obsessões e compulsões, foi possível realizar uma análise funcional colaborativa, direcionando a conversa para os custos decorrentes das compulsões, salientando as consequências em longo prazo (cf. Strosahl, Robinson, & Gustavsson, 2012). Especialmente salientes foram os custos no

relacionamento com a namorada: a redução do contato íntimo relacionado ao medo de engravidá-la afastou o casal e promoveu sentimentos de baixa autoestima e rejeição por parte dela.

A tristeza de Carlos ao relatar os prejuízos sugeriu a perda de um poderoso reforçador presente no relacionamento com sua namorada. Por meio de exercícios de imaginação dirigida, o terapeuta direcionou o cliente a imaginar momentos de intensa felicidade e satisfação pessoal, buscando passar do contato com os custos de suas ações para o contato com reforçadores positivos de alta magnitude do qual Carlos havia se afastado. A partir da discussão dessas atividades de imaginação e da percepção de alterações no discurso do cliente durante essa interação (tom de voz, sorriso, expansão e velocidade dos movimentos), que indicavam o contato com esses reforçadores, foi possível identificar os valores de relações de companheirismo e cuidado com a mãe e com a namorada.

Uma das vantagens de clarificar os valores do cliente é que eles podem atuar como aumentadores (*augmentals*; cf. Hayes, 1987), isto é, estímulos verbais que podem alterar a função de consequências a partir de relações simbólicas (Assaz et al., 2017; Plumb et al., 2009). Inicialmente, ao propor a exposição, o terapeuta está pedindo ao cliente que ele entre voluntariamente em uma situação aversiva para ele, a qual ele tem tentado evitar há muito tempo e com muito esforço. Então não é surpreendente que o cliente se mostre receoso de participar dessa atividade, assim como o próprio terapeuta, responsável por promover essa dor. A clarificação dos valores do cliente pode ajudar a mudar essa situação e favorecer o engajamento na exposição. A priori, a exposição possui função aversiva para o cliente. Porém, após a clarificação de valores, a exposição pode ser

enquadrada verbalmente como estando relacionada à aproximação desses valores, que têm caráter apetitivo. Assim, a exposição passa a ter duas funções, uma evocando respostas de esquiva e outra evocando respostas de aproximação. Portanto a probabilidade de o cliente aceitar participar da atividade proposta é agora maior do que antes. No caso de Carlos, foi possível relacionar verbalmente a exposição aos pensamentos de gravidez e o engajamento em contato sexual a seu valor de relação de companheirismo com a namorada. Dessa forma, a exposição foi capaz de adquirir uma nova função, de caráter apetitivo, aumentando a motivação do cliente para a atividade.

#### *Desfusão cognitiva: reduzindo o controle verbal*

Apesar do trabalho de valores ajudar a prover sentido e motivação para a exposição, existem barreiras que podem impedir o engajamento do cliente nessas atividades. No caso de Carlos, os pensamentos obsessivos, ao transformar a função de diversos eventos ambientais, aumentam a probabilidade de respostas de fuga e esquiva, que vão na direção contrária da exposição.

Assim, caso seja possível reduzir essa transformação de função, a probabilidade do cliente se engajar na exposição é maior. As estratégias de desfusão cognitiva buscam fazer justamente isso (Blackledge, 2007; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Sem almejar alterar o conteúdo dos pensamentos, elas têm como objetivo diminuir a regulação verbal sobre o comportamento, pois fazê-lo ajuda o indivíduo a se aproximar de seus valores.

No caso de Carlos, em congruência com o segundo objetivo terapêutico, a promoção da desfusão cognitiva foi iniciada pela análise funcional, de forma colaborativa, do processo de pensar do cliente. Foi identificada uma estrutura similar de

suas obsessões, independentemente de seu conteúdo. De modo geral, uma resposta de Carlos (R1) está relacionada causalmente a uma consequência, que por sua vez está causalmente relacionada com outra consequência, e assim por diante, até uma consequência última que, apesar de longínqua e improvável, tem função aversiva e possui alta magnitude. Do outro lado, uma resposta alternativa (R2), de baixo custo de emissão, impede o início dessa cadeia causal.

Expandindo a análise para o contexto histórico da obsessão, identificou-se que o conteúdo das relações causais estabelecidas entre o comportamento de Carlos e as consequências tinha uma origem histórica, muitas vezes arbitrária. Isto é, o cliente foi capaz de muitas vezes apontar o momento em que tal pensamento surgiu pela primeira vez e adquiriu controle. O medo de contaminação radioativa teve origem em um comentário inofensivo entre dois colegas, no qual um checou com o outro se o material radioativo havia sido isolado corretamente. Em outro momento, após ler que algumas pessoas evitavam pisar em fissuras e rejuntas no solo, começou a temer fazê-lo também.

Por fim, ao considerar o contexto atual da obsessão, observou-se que elas eram, de um lado, evocadas por gatilhos ambientais, muitas vezes identificáveis, e, de outro, respondidas com compulsões (R2). Quando as consequências temidas não ocorriam, tal fato reforçava negativamente tanto a compulsão quanto a obsessão, aumentando a frequência de ambas. Tal construção do processo de pensar de Carlos permitiu que terapeuta e cliente falassem sobre o quadro de Carlos nesses termos, aproximando as diversas obsessões e compulsões em uma estrutura comum e aumentando a familiaridade – e, portanto, a previsibilidade – de seu próprio comportamento.

Na sequência, ao discorrer sobre seu processo de pensar, Carlos o comparou com o desastre da plataforma de petróleo Deepwater Horizon. Nesse acidente, 11 pessoas morreram e 17 ficaram feridas após a explosão da plataforma, fruto de uma combinação de falhas em checagens, testes e equipamentos. O cliente usava essa metáfora para salientar o baixo custo das respostas de checagem em comparação com as consequências catastróficas possíveis de não o fazer.

Frente a isso, o terapeuta propôs outra metáfora que salientava diferentes elementos. Mais especificamente, ele comparou o pensar de Carlos a uma narrativa: uma história complexa, coerente e interessante, porém que não necessariamente possui base real. Para favorecer a comparação, foi utilizada coleção de livros "Desventuras em série" (Snicket, 2001), a qual acompanha a história dos irmãos Baudelaire, que, após se tornarem órfãos, enfrentam infortúnio após infortúnio na sua fuga do Conde Olaf. A metáfora da narrativa permitia salientar como os seus pensamentos (enquanto histórias que ele contava a si mesmo) sempre giravam em torno de Carlos (o personagem principal) e envolviam situações improváveis, porém desafiadoras e catastróficas, que garantiam a continuação da trama e uma boa história. Afinal, ninguém quer ler sobre o menino que tocou em um objeto na rua, não lavou a mão e nada aconteceu, mas todos gostariam de ler sobre o menino que tocou em um objeto na rua, não lavou a mão e contaminou a população com germes contagiosos e letais.

Fundamentado na metáfora da narrativa, o terapeuta passou a salientar tais características no relato de Carlos a respeito de suas obsessões, respondendo a elas com frases como "Que ótima história", "Isso tinha que acontecer com o nosso herói" e "O que aconteceu no próximo capítulo?". A partir desses

modelos, passou sugerir que o cliente fizesse o mesmo.

### *Exposição aos eventos temidos*

Após a clarificação dos valores e da redução do impacto de seus pensamentos, Carlos se mostrou disposto a tomar passos na direção de se expor aos eventos temidos e não fugir por meio das respostas compulsivas. Assim, em toda sessão, terapeuta e cliente acordavam compromissos que Carlos deveria cumprir antes da próxima sessão, em sintonia com o terceiro objetivo terapêutico.

Em um primeiro momento, esses envolviam atividades simples do dia a dia, como fechar o portão da casa e não lavar as mãos, checar a fechadura da janela ou da porta somente uma vez ou desligar o interruptor sem controlar seu fluxo de pensamentos. Com o cumprimento de cada compromisso, novos eram elaborados. De especial relevância são aqueles relacionados ao relacionamento sexual com sua namorada.

Com o tempo, Carlos reduziu a frequência e duração da lavagem de mãos, passou a checar portas e janelas somente uma vez e não retornar para checar, a realizar ações cotidianas a despeito de pensamentos no outro e a se engajar em contatos físicos com a namorada progressivamente mais íntimos, até a consumação do ato sexual completo. Assim, apesar de ainda permanecerem algumas respostas compulsivas, estas eram mínimas em termos de custos, como lavar as mãos de forma mais cuidadosa do que a maioria das pessoas e deixar a televisão em volumes específicos, portanto sem grandes prejuízos funcionais, e a terapia foi direcionada para a carreira de Carlos e seu futuro profissional.

## CASO II: MARIANA

### *Dados pessoais e queixa inicial*

Mariana (nome fictício), 23 anos, é uma estudante de Medicina Veterinária que buscou atendimento psicológico após um episódio intenso de crise de ansiedade durante uma aula da faculdade. Nessa aula, a professora ministrante introduziu o conceito de “via epidural”, um procedimento médico no qual uma agulha é inserida entre as vértebras da coluna até atingir o espaço epidural, entre as vértebras da coluna e as meninges, que revestem a medula espinhal. É um procedimento doloroso, porém frequentemente utilizado em seres humanos e animais não humanos para a realização de exames diagnósticos e injeção de substâncias, como anestésicos. Ao longo da aula, Mariana começou a sentir, com uma intensidade gradativamente maior, vontade de chorar, sensação de sufocamento, taquicardia, frio nas extremidades e vontade de fugir, até finalmente sair da aula e faltar às aulas subsequentes.

### *Análise de contingências atuais*

Mariana relatou que sente medo de procedimentos envolvendo agulhas desde a infância, de modo que exames de sangue e vacinações são sempre situações muito desagradáveis para ela, uma vez que ela experencia os mesmos sintomas que teve durante a crise, porém em menor intensidade. A aversividade desses episódios é tanta que ela emite respostas de fuga e esquiva diante deles: adia indefinidamente a realização de exames e vacinas (motivo pelo qual ainda não havia tomado vacina para raiva apesar de lidar com animais diariamente, acarretando riscos para sua saúde) e, quando finalmente comparece, dificulta o trabalho das enfermeiras nesses exames e vacinas.

Com a entrada no curso de Veterinária, essas sensações também passaram a ocorrer quando tinha que aplicar injeções intramusculares ou intravenosas em animais; porém, nesse caso, ela era capaz de permanecer na situação e completar o procedimento. O mesmo não pode ser dito para situações que envolvem o procedimento de epidural: as respostas de esquiva de Mariana das disciplinas teóricas e práticas estão produzindo um déficit em seu conhecimento enquanto veterinária, o que claramente trará prejuízos em sua atuação profissional.

Ademais, diante dos eventos privados que surgiam nessas situações ansiogênicas, como taquicardia, sensação de sufocamento, extremidades frias, preocupações, Mariana tentava controlar tais respostas com estratégias de supressão, distração ou de “pensamento positivo”. Entretanto essas respostas de esquiva experiencial não eram efetivas, já que, a despeito do sucesso inicial em eliminar ou

reduzir a magnitude de tais eventos, logo eles voltavam a ocorrer (cf. Gross, 1998; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). A análise de contingência descrita está esquematizada na Figura 2.

### Análise de contingências históricas

O padrão de comportamento atual de Mariana frente a procedimentos envolvendo agulhas faz sentido à luz do relato de sua história de vida. Por volta dos 4 anos, Mariana foi diagnosticada com meningite. Para tratar da doença, foi internada no hospital, onde era submetida a procedimentos invasivos e dolorosos (como punção lombar, na via epidural) e passava a maior parte do dia sozinha. Essa experiência sofrida provavelmente alterou a função de procedimentos médicos envolvendo agulhas, que passaram a ser extremamente aversivos, eliciando sensações de medo e ansiedade e evocando respostas de fuga e esquiva.

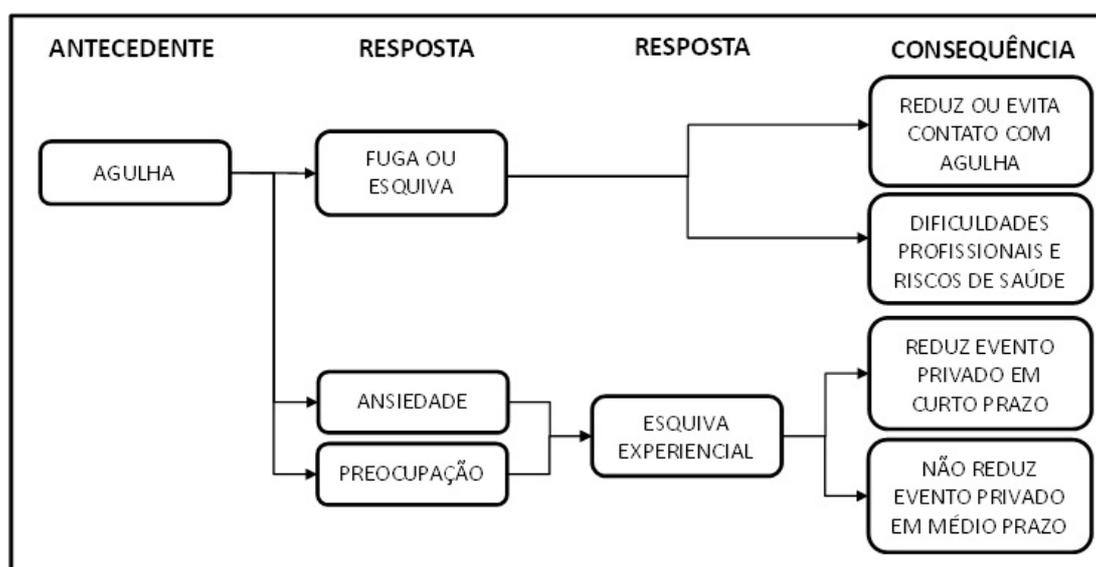


Figura 2. Análise de contingências do caso de Mariana.

As estratégias de regulação emocional adotadas por Mariana podem ser entendidas, ao menos parcialmente, a partir dos episódios de vacinação, exame sanguíneo e tratamento de meningite ao qual

a cliente foi submetida ao longo de sua infância e adolescência. Nessas situações, ela era acompanhada pela mãe e/ou pelo pai. Ambos sabiam do medo da filha e, diante de suas respostas

de ansiedade e preocupação, instruíam-na a suprimir essas experiências e “pensar em outra coisa”, regras obedecidas por Mariana.

Assim, o sofrimento de Mariana pode ser compreendido a partir de uma dor incondicionada, fruto da perfuração da agulha, que foi ampliado a partir de processos de condicionamento direto para outras agulhas e contextos fisicamente semelhantes e, então, principalmente por meio de processos verbais, para as próprias respostas frente a estas agulhas.

#### *Objetivos terapêuticos*

No caso de Mariana, foram inicialmente definidos quatro objetivos terapêuticos: a) aumentar o controle das consequências das respostas de esquiva e aproximação de agulhas; b) ampliar o repertório diante de eventos privados, aumentando a frequência de respostas de aproximação; c) ampliar o controle de estímulos exteroceptivos e proprioceptivos em procedimentos envolvendo agulhas; bem como d) aumentar a frequência de respostas de aproximação de agulhas.

#### *Intervenções e processo terapêutico*

Valores: construindo o sentido e a motivação para se expor

Assim como no caso de Carlos, o processo terapêutico de Mariana também foi iniciado pela clarificação de valores, congruente com o primeiro objetivo terapêutico. Seu relato a respeito da sua queixa apresentava um tom emocional de tristeza, indicando a possibilidade de uma contingência de punição negativa, ou seja, a retirada de um reforçador positivo importante.

Para identificar o reforçador mencionado, o terapeuta buscou remover a barreira do medo

verbalmente, questionando o que mudaria em sua vida caso ela não sentisse tal medo. A resposta da cliente indicou que ela seria capaz de exercer melhor sua profissão e que isso permitiria que cuidasse melhor dos animais. Em contraste com o tom prévio de tristeza, ao discutir sobre situações em que ajudou animais no passado, seu caminho até a faculdade e seu desejo de cuidar deles enquanto veterinária, sua expressão era de alegria e vitalidade. Esses sentimentos estão muitas vezes conectados a valores pessoais, de modo que sua presença em sessão sinalizava a importância que cuidar de animais tem para Mariana, afirmação confirmada por ela. Ao continuar a discussão sobre o cuidar, identificou-se que a cliente também tinha preocupação parecida em relação a sua família. Assim, ficou acordado entre terapeuta e cliente que o tratamento seguiria na direção de Mariana ser capaz de oferecer o melhor cuidado possível a animais, de forma que as intervenções e o progresso da terapia seriam avaliados sob essa ótica.

#### *Exposição aos eventos temidos*

A partir da clarificação da direção da terapia, a lógica da exposição foi apresentada para Mariana, almejando atingir o quarto objetivo proposto. A explicação foi feita de modo congruente com o modelo da ACT, descrevendo a exposição como um momento de ampliação de repertório e tomada de atitudes congruentes com os valores pessoais.

Para ilustrar melhor a proposta, foi solicitado que a cliente se imaginasse na beira de uma praia em um dia muito quente. No oceano, ao fundo, as pessoas importantes de sua vida (familiares, amigos) estavam conversando, nadando e realizando atividades prazerosas e significativas para a cliente. Porém ela estava sentindo o sol torrando sua pele, observando a areia fina e brilhante e imaginando os

seus pés queimando. Por um momento, ela pensa que poderia usar protetor solar e chinelo para evitar a dor, mas o sol está muito forte e a areia muito quente para bloquear totalmente a dor. Ademais, ela olha para o mar e imagina as ondas frias quebrando em sua barriga, sua boca ficando seca e a areia entrando em seu biquíni. Logo, ela começa a pensar em voltar para casa, para o conforto do lar. Nesse momento, ela possui uma escolha: voltar para casa – onde haverá conforto, mas estará distante das pessoas e atividades importantes em sua vida – ou ir em direção ao mar, apesar do desconforto inerente, para se aproximar dessas pessoas e atividades. Caso ela decida ir em direção ao mar, expondo-se ao desconforto, a terapia é um contexto propício para que ela aprenda outras formas de lidar com essa dor, sentindo e não fugindo dessas experiências, e para que ela tome os primeiros passos rumo à água.

Após Mariana compreender a metáfora e consentir, afirmando desejar ir em direção a seus valores, terapeuta e cliente construíram de forma colaborativa uma hierarquia de eventos temidos, na qual foram descritas, em ordem crescente, as situações que Mariana estava menos disposta a enfrentar. Elas incluíam aplicar injeções intramusculares e intravenosas em animais, imaginar que estava tomando vacina, imaginar que estava passando por exame de sangue, tomar vacina, passar por exame de sangue, assistir aulas teóricas e conversar sobre a via epidural, observar um procedimento de via epidural e realizar um procedimento de via epidural.

#### *Aceitação: aumentando a disposição para se expor*

Não é raro que, diante da possibilidade de se expor ao evento temido, clientes demonstrem ansiedade não somente ao evento, mas também à sua própria

experiência psicológica frente a ele (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001; Friman, Hayes, & Wilson, 1998). Em outras palavras, não é raro que eles sintam essa experiência como esmagadora, temendo a possibilidade de ter aquelas sensações novamente, de não serem capazes de suportá-las, de perder o controle frente a elas. No caso de Mariana, ela estava receosa não somente de imaginar e observar procedimentos envolvendo agulhas, mas também de sentir taquicardia, frio nas extremidades, vontade de chorar e sufocamento novamente.

Isso significa que seus próprios eventos privados adquiriram caráter aversivo, atuando como estímulos discriminativos para respostas de fuga e esquiva experiencial (Friman et al., 1998), o que não é surpreendente, dado que esses eventos privados estão direta e verbalmente relacionados ao evento temido. Entretanto isso aumenta ainda mais o valor aversivo do evento temido e, portanto, favorece a já presente tendência a evitá-lo, atuando como obstáculo para o tratamento.

O trabalho de aceitação pode ser utilizado para contrabalancear essa aprendizagem e aumentar a probabilidade de o cliente se expor. Por aceitação, entende-se a mudança comportamental na qual um estímulo, que previamente evocava respostas de evitação ou contracontrole, agora evoca respostas de aproximação (Cordova, 2001). Isso sugere a ocorrência de uma mudança na função discriminativa do estímulo, que passa a ser capaz de evocar respostas alternativas. No âmbito dos eventos privados, esse resultado pode ser atingido por diversos processos que promovam respostas de observação, descrição e validação, consequentemente ampliando o repertório do cliente diante desses estímulos.

Assim, em congruência com o segundo objetivo, antes das exposições em sessão, o terapeuta solicitava que Mariana não somente permanecesse na situação evitada a despeito do medo sentido, como também observasse suas reações à situação. Após o período de exposição, o terapeuta solicitava que a cliente descrevesse sua experiência psicológica durante a atividade e a incentivava a descrevê-la da forma mais precisa possível, destrinchando os diversos componentes da reação ansiosa. Por meio de observações das respostas públicas de Mariana e inferências, o terapeuta também salientou outros aspectos da experiência da cliente não relatados por ela.

As descrições de Mariana a respeito de seus eventos privados eram constantemente conseqüenciadas pelo terapeuta com verbalizações de reconhecimento e admiração em função do esforço feito pela cliente a despeito da ansiedade experienciada (e.g., “Você conseguiu permanecer na situação, não deve ter sido fácil”). O terapeuta também utilizava validação para conseqüenciar essas respostas (cf. Linehan, 1993), normalizando as experiências de Mariana ao conectá-las causalmente com o contexto atual ou histórico (e.g., “Faz sentido se sentir assim depois de tudo que você passou no hospital”), ou incluí-las como reações típicas de outras pessoas e da humanidade como um todo, inicialmente de forma empática (e.g., “Nada mais humano do que sentir o coração acelerar diante daquilo que tememos”) e posteriormente também de forma humorística (e.g., “Olha a nossa velha conhecida ansiedade, aparecendo justamente na hora da agulha de novo”).

Por meio do reconhecimento e da validação, o terapeuta foi capaz de modelar e refinar as respostas de observação e descrição de Mariana de seus

eventos privados em sessão (cf. Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004). Ademais, esse processo serviu como modelo para que a cliente fosse capaz de validar o seu comportamento sem a necessidade da figura do terapeuta, resposta encorajada pelo terapeuta.

O trabalho de aceitação foi especialmente importante em relação à reação de sufocamento, descrita por Mariana como a mais aversiva. Conseqüentemente, essa sensação foi discutida em maiores detalhes, e foram propostas atividades de exposição que eliciavam essa sensação, como respirar através de um canudo estreito ou realizar polichinelos com intensidade (cf. Barlow & Craske, 2006).

A ampliação desse novo repertório de Mariana diante de seus eventos privados foi nítida quando ela decidiu tomar a vacina para raiva, que consistia em três doses, e fazer um exame de sangue. Em primeiro lugar, ela compartilhou seu medo de agulhas com um amigo próximo e pediu que ele a acompanhasse, demonstrando ser capaz de descrever sua ansiedade para outras pessoas de forma vulnerável. Em segundo lugar, ela acatou a proposta de realizar um bingo de eventos privados. Terapeuta e cliente construíram uma cartela de bingo com diversas reações prováveis antes e durante o procedimento, como taquicardia, vontade de fugir, sensação de sufocamento e pensamento “vão errar a veia”. O objetivo era que Mariana observasse e assinalasse aquelas experiências que teve nesse período e trouxesse a cartela para a sessão marcada – combinado que ela cumpriu e relatou com orgulho. Em terceiro lugar, ao ser acompanhada pela mãe em um dos exames, a cliente bloqueou as respostas de controle de sua mãe, rebatendo que “iria sentir ansiedade e tudo bem”.

### *Contato com o momento presente: alterando o controle de estímulos*

Além da esquivia experiencial, outro obstáculo observado durante as atividades de exposição foi o restrito controle de estímulos do comportamento de Mariana. Ao discutir sua experiência nas atividades, a cliente relatava atentar-se primariamente à ponta afiada da agulha e aos seus próprios pensamentos, usualmente de conteúdo ansiogênico – como “vão me furar”, “não vão acertar o furo” e “vai doer muito” –, ou memórias de seu tempo internada.

Duas principais consequências resultaram desse forte controle de estímulos. De um lado, a propriedade da ponta afiada da agulha salientava a aversividade da experiência, exacerbada pela transformação de função verbal decorrente dos pensamentos. Conseqüentemente, a tendência à fuga de Mariana aumentava. De outro lado, ela deixava de atentar para elementos e propriedades da situação essenciais para que ela consiga, quando atuar como médica veterinária, realizar o procedimento de forma adequada – no caso, estímulos exteroceptivos (instrumentos cirúrgicos e corpo do animal) e proprioceptivos (movimento de seus braços e dedos). Em congruência com o terceiro objetivo, almejou-se expandir tal controle de estímulos por meio do desenvolvimento de habilidades de observação e consciência (Luoma, Hayes, & Walser, 2007), reduzindo a probabilidade de fuga e aumentando a efetividade das habilidades profissionais de Mariana.

Para isso, foi solicitado em um primeiro momento que a cliente desenhasse uma seringa com agulha da forma mais realista que conseguisse e, com base no desenho, imaginasse e descrevesse, da forma mais vívida possível, as diversas propriedades dos componentes presentes, incluindo seu formato,

tamanho, textura, cor. Também foi solicitado que Mariana atentasse para os movimentos dos profissionais que estavam realizando os procedimentos nos vídeos assistidos e para seus próprios movimentos ao imitar o procedimento de forma improvisada em sessão. Então foi solicitado que comparasse os movimentos com atividades realizadas no cotidiano, salientando suas propriedades proprioceptivas: realizar a assepsia do local a ser perfurado com a limpeza de uma mesa utilizando pano e álcool; sentir o espaço entre as vértebras com uma massagem; pressionar o êmbolo da seringa com apertar o botão de uma caneta; até o (perigoso) balançar da agulha por uma médica em um vídeo com os movimentos de um maestro regendo uma orquestra.

### **CONCLUSÃO**

A principal motivação para o presente artigo provém dos obstáculos enfrentados na implementação de terapias baseadas em exposição, responsáveis por reduzir a efetividade dessas intervenções, mais especificamente a existência de uma porcentagem de clientes que não respondem ao tratamento ou abandonam o processo terapêutico e a resistência de clínicos em adotar procedimentos de exposição em função de receios relacionados à segurança, estresse e ética. Os recortes dos casos clínicos de Carlos e Mariana foram apresentados como ilustrações complementares de como a integração de princípios derivados da ACT pode auxiliar na superação dessas barreiras na implementação de terapias baseadas em exposição.

Em primeiro lugar, as terapias baseadas em exposição, por definição, possuem um componente aversivo para o cliente: ele deve aproximar-se e permanecer em contato com um estímulo aversivo que estava sendo evitado. Considerando que o bem-

estar do cliente é (idealmente) um estímulo reforçador para o terapeuta, seu desconforto e sofrimento são estímulos punitivos, tornando a exposição aversiva para ambos os membros da díade. O trabalho de clarificação de valores, ao conectar verbalmente as atividades de exposição com reforçadores positivos de alta magnitude (i.e., valores), é capaz de transformar a função da exposição, que passa a envolver também componentes apetitivos tanto para o cliente quanto para o terapeuta. Consequentemente, a probabilidade de fuga e esquiva da díade (i.e., *drop-out* no caso do cliente e implementação aquém do ideal ou escolha de outros procedimentos no caso do terapeuta) é reduzida e se favorece o engajamento de ambos na atividade de forma cooperativa.

Além da aversividade inerente às atividades de exposição, ela pode ser aumentada em função da esquiva experiencial tanto do terapeuta quanto do cliente. O receio de muitos terapeutas, ao propor a exposição, e dos clientes, ao escutar a proposta, é que os eventos privados que possam surgir durante a atividade sejam horríveis, incapazes de serem tolerados e exacerbados no processo. Consequentemente, a probabilidade de ambos se esquivarem da exposição é maior. Inclusive, terapeutas com maiores níveis de esquiva experiencial dedicam menos tempo de terapia à exposição (Scherr, Herbert, & Forman, 2015). Porém o trabalho de aceitação favorece que esses eventos privados sejam compreendidos como experiências psicológicas naturais em determinados contextos, que podem ser sentidas, observadas e descritas sem causar dano ao indivíduo. Quando a frequência e intensidade dos eventos privados deixam de ser o foco da terapia, dando o lugar para uma vida baseada nos valores do cliente, o receio de que a exposição deveria ser evitada por trazer

sofrimento em curto prazo perde seu impacto sobre a tomada de decisão do terapeuta e do cliente.

Ademais, a fuga/esquiva do cliente do processo terapêutico também pode ser exacerbada pelo controle verbal e controle de estímulos restrito e enviesado. O trabalho de defusão cognitiva é capaz de reduzir o controle verbal que esteja, por meio da transformação de função, aumentando a aversividade da situação temida e facilitando a esquiva. Já o trabalho de contato com o momento presente pode ampliar o controle de estímulos do indivíduo durante a situação temida e favorecer com que propriedades e funções além das temidas adquiram controle e possam influenciar o comportamento do cliente.

Por fim, o trabalho de aceitação, defusão cognitiva e contato com o momento presente indica possíveis respostas que o cliente pode emitir durante a atividade de exposição e que favorecerão o processo terapêutico. Isso é importante porque, ao propor a exposição, o terapeuta pode simplesmente dizer o que se espera que o cliente não faça: fuja. Porém, ao só falar sobre o “não comportamento” e não indicar quais respostas o cliente pode e deve emitir na situação, a construção de um repertório alternativo torna-se mais difícil.

Em resumo, o presente artigo oferece um raciocínio analítico-funcional para justificar a integração de princípios provenientes da ACT no auxílio da superação dos obstáculos para a implementação e efetividade das terapias baseadas em exposição. Isso é feito por meio do trabalho de clarificação de valores – que favorece a motivação para a exposição ao relacionar a atividade com os valores do cliente –, do trabalho de aceitação – que amplia o repertório do indivíduo frente aos seus eventos privados, promovendo respostas incompatíveis com a esquiva –, do trabalho de defusão cognitiva – que reduz o

controle verbal que esteja favorecendo a esquiva – e do trabalho de contato com o momento presente – que amplia o controle de estímulos de modo a incluir propriedades e funções que favoreçam a exposição. Tal raciocínio analítico-funcional pode e deve ser avaliado em futuras pesquisas empíricas, como feito por Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes e Craske (2012) para clientes com pânico, de modo a favorecer uma maior integração entre diferentes processos comportamentais na conceituação e implementação do plano de intervenção, otimizando os efeitos terapêuticos de procedimentos de exposição sem se distanciar dos princípios analítico-comportamentais.

## REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 140-147. doi:10.1080/16506070510041202
- Assaz, D. A., Vartanian, J. F., Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Valores sob a perspectiva analítico-comportamental: da teoria à prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 18*(3), 30-40. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/920>
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide (treatments that work)* (4<sup>th</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 247-267. doi:10.1037/0033-3204.45.2.247
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 42*(3), 277-292. doi:10.1016/S0005-7967(03)00138-4
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record, 57*(4), 555-576. doi:10.1007/BF03395595
- Borkovec, T. D., & Costonguay, L. G. (1998). What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 136-142. doi:10.1037/0022-006X.66.1.136
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108*(1), 4-32. doi:10.1037/0033-295X.108.1.4
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). A glass half empty or half full? Where we are and directions for future research in the treatment of PTSD. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 267-313). New York: Springer.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(5), 597-610. doi:10.1002/jts.20173

- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.005
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207. doi:10.1037/0033-3204.41.3.195
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685-716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 266-286. doi:10.1016/j.cpr.2006.10.002
- Cordova, J. V. (2001). Acceptance in behavior therapy: Understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24(2), 213-226. doi:10.1007/BF03392032
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 363-373). New York: Springer.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 259-264. doi:10.1016/j.janxdis.2013.02.004
- Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.001
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., & Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 781-787. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.003

- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(8), 763-771. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.007
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for Posttraumatic Stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society, 14*(2), 65-111. doi:10.1177/1529100612468841
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*(1), 137-156. doi:10.1901/jaba.1998.31-137
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review, 33*(7), 862-869. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.003
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 394-404. doi:10.1037/a0031474
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(2), 143-151. doi:10.1093/clipsy.8.2.143
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports, 21*(2), 415-416. doi:10.2466/pr0.1967.21.2.415
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia multimodal do comportamento*. São Paulo: Manole. (Original work published 1976).

- Lazarus, A. A., Beutler, L. E., & Norcross, J. C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy, 29*(1), 11-20. doi:10.1037/0033-3204.29.1.11
- Lima, G. O. (2017). *Psicoterapia analítica funcional como tratamento de transtorno de estresse pós-traumático: Delineamento experimental de caso único* (Unpublished master's thesis). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 606-618. doi:10.1016/j.cbpra.2012.05.004
- Myers, K. M., & Davis, M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular Psychiatry, 12*(2), 120-150. doi:10.1038/sj.mp.4001939
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 172-180. doi:10.1016/j.cbpra.2008.07.003
- Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 32*(1), 85-103. doi:10.1007/BF03392177
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification, 27*(3), 300-312. doi:10.1177/0145445503027003003
- Schlinger, H. D. (2008). Conditioning the behavior of the listener. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 8*(3), 309-322. Retrieved from <http://www.ijpsy.com/volumen8/num3/207.html>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 71*(2), 134-168. doi:10.1521/psyc.2008.71.2.134
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf.
- Snicket, L. (2001). *Desventuras em série: Mau começo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 26*(1), 163-186. doi:10.1016/S0005-7894(05)80089-9
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226

- Taylor, S., & Abramowitz, J. S. (2013). Dissemination of psychosocial treatments for anxiety: The importance of taking a broad perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 802-804. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.002
- Tryon, W. W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 67-95. doi:10.1016/j.cpr.2004.08.005
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173. doi:10.1016/j.jocrd.2014.12.007
- Van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 312-320. doi:10.1016/j.brat.2009.12.003
- Wolpe, J. (1976). *Prática da terapia comportamental*. São Paulo: Editora Brasiliense. (Original work published 1973).

Recebido em 22/08/2017 Revisado em 25/09/2017 Aceito em 25/10/2017
--------------------------------------------------------------------------