

Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências

Acceptance and commitment therapy: history, foundations, model and evidence

Leonardo Martins Barbosa ✉
Universidade de Brasília

Sheila Giardini Murta ✉ ✉
Universidade de Brasília

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de realizar uma revisão histórica e conceitual da terapia de aceitação e compromisso (ACT). Esta é uma terapia cognitivo-comportamental baseada (a) no contextualismo funcional, filosofia que visa à predição e influência do comportamento com precisão, escopo e profundidade; e (b) na teoria dos quadros relacionais, uma abordagem pós-skinneriana da linguagem e da cognição. A ACT propõe um modelo de mudança do comportamento denominado flexibilidade psicológica, que explica o funcionamento saudável e psicopatológico por meio da interação de processos psicológicos normais. As evidências de efetividade e processo sinalizam que a ACT é um sistema terapêutico promissor, diretamente orientado para a identificação de mecanismos de mudança do comportamento humano.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; contextualismo funcional; teoria dos quadros relacionais; flexibilidade psicológica; terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The objective of this study is to present a historical and conceptual review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). It is a cognitive-behavioral therapy based (a) on functional contextualism, a philosophy ai-

✉ leopfq@gmail.com

✉✉ giardini@unb.br

ming to predict and influence behavior with precision, scope, and depth, and (b) on relational frame theory, a post-skinnerian approach of language and cognition. ACT proposes a model of behavior change, psychological flexibility, which explains healthy and psychopathological functioning through interaction of normal psychological processes. Process and effectiveness research evidence signal that ACT is a promising therapeutic approach openly guided to identify human behavior mechanisms of change.

Keywords: acceptance and commitment therapy; functional contextualism; relational frame theory; psychological flexibility; cognitive-behavioral therapy.

Algumas coisas mudam, outras não, e cada pessoa precisa descobrir a melhor forma de lidar com ambos os tipos de situação. Essas ideias simples, em nada revolucionárias, configuram a essência da terapia de aceitação e compromisso (ACT; Boavista, 2012; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011; Saban, 2010): uma abordagem do funcionamento humano baseada nos processos de aceitação – disponibilidade em lidar com a vida como ela se apresenta – e comprometimento – manutenção ou mudança de comportamento guiada por valores. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão histórica e conceitual, caracterizando diferentes aspectos da ACT: sua história, fundamentos filosóficos e teóricos, modelo de mudança do comportamento e evidências de processo e resultado.

HISTÓRIA

A ACT é uma terapia comportamental; portanto, derivada dos princípios básicos das teorias de aprendizagem (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011) elaboradas desde a primeira metade do século XX. Watson enfatizava a consideração de fatos observáveis publicamente, pois não havia métodos válidos para estudar eventos acessíveis apenas ao próprio indivíduo. Skinner ampliou a abrangência do campo ao priorizar o manejo das contingências ambientais sobre a natureza pública ou privada dos eventos.

Após quase 50 anos de estudos empíricos e desenvolvimento da pesquisa básica, os princípios clássicos e operantes de aprendizagem estavam suficientemente elaborados para compor a base da terapia comportamental. No entanto, o rigor experimental dessa primeira fase, ou primeira *onda* (Hayes et al., 2011), das terapias comportamentais também limitou o estudo de questões humanas menos objetivas, que foram relegadas para tradições menos empíricas.

A cognição humana representava uma dessas questões complexas que os princípios de condicionamento clássico e operante não podiam explicar adequadamente. Essa lacuna estimulou o desenvolvimento das abordagens cognitivistas mais abrangentes que predominaram na segunda onda das terapias comportamentais. O foco do tratamento passou da modificação do conteúdo do comportamento para a modificação do conteúdo de pensamentos e sentimentos. Sem um modelo cognitivo básico, no entanto, as novas intervenções se basearam em modelos clínicos. A ênfase na validação empírica foi mantida, mas, devido à ausência de conexão com princípios básicos, gerou-se um modelo de produção do conhecimento com uma séria limitação: as intervenções eram definidas estruturalmente, permitindo a validação de pacotes terapêuticos aparentemente distintos, mas possivelmente baseados nos mesmos mecanismos terapêuticos

(Rosen & Davison, 2003). Os modelos cognitivos apresentaram-se como uma abordagem mais adequada dos pensamentos e sentimentos. Apesar dos bons resultados clínicos, contudo, há evidências desfavoráveis ao pressuposto cognitivista de que a melhora clínica depende da mudança cognitiva (Jacobson et al., 1996; Worrell & Longmore, 2008).

A mudança para a terapia cognitivo-comportamental (TCC) teria sido uma solução inadequada para as limitações da terapia comportamental (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, & Villatte, 2013). Por isso, a terceira onda das terapias comportamentais retoma o problema e as contribuições da primeira. A cognição ainda é o foco, mas a ênfase passou do conteúdo para o contexto dos pensamentos, sentimentos e sensações. De modo geral, os métodos dessa fase compartilham cinco princípios comuns (Hayes, 2004; Hayes et al., 2011): (a) métodos e princípios contextuais – foco em mecanismos de mudança baseados no contexto e na função dos eventos psicológicos; (b) repertório amplo e flexível – métodos eficientemente aplicados a síndromes muito distintas; (c) adequação a clientes e clínicos – modelo unificado do funcionamento humano; (d) integração com outras vertentes de TCC – incluiu métodos efetivos das terapias cognitivas e comportamentais; (e) consideração de temas complexos – investiga assuntos típicos de tradições menos empíricas, como identidade, valores e espiritualidade. Entre as principais abordagens da nova onda, estão a redução do estresse baseada em *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1982), a terapia do comportamento dialético (Linehan, 1993) e a ACT (Hayes et al., 2011).

As duas primeiras ondas da terapia comportamental divergiam nos métodos, mas compartilhavam o objetivo de modificar comportamentos ou sentimentos diretamente. A ACT, por outro lado, não prioriza a

modificação direta do comportamento ou a influência de sentimentos e pensamentos sobre o comportamento. A construção da ACT é o desenvolvimento de uma abordagem que enfatiza a relação do indivíduo com os eventos psicológicos, e não dos eventos em si (Hayes, 2008).

A história da ACT pode ser dividida em três períodos (Zettle, 2005). No primeiro, ocorrido entre as décadas de 70 e 80 do século passado, a ACT foi chamada de *distanciamento compreensivo*, indicando uma extensão e elaboração da terapia cognitiva. Seu desenvolvimento foi motivado pela “sensação de que o papel que o comportamento verbal e a linguagem desempenhavam na iniciação, manutenção e tratamento do comportamento anormal” (Zettle, 2005, p. 78) era essencial para uma clínica comportamental mais efetiva, levando à aplicação dos princípios do comportamento verbal a outras abordagens clínicas. Segundo Zettle, após 15 anos de estudos de reinterpretação, tanto a concepção comportamental da cognição quanto as abordagens cognitivas se mostraram modelos de funcionamento cognitivo insatisfatórios.

O segundo período da ACT ocorreu entre 1985 e 1999, quando foi desenvolvida a teoria dos quadros relacionais (TQR; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), um enfoque comportamental pós-skinneriano da cognição e da linguagem humanas. A TQR expandiu as concepções de Skinner sobre comportamento verbal e seguimento de regras e fundamentou o modelo e as intervenções da ACT. Ainda nesse período, o nome *distanciamento compreensivo* foi substituído por *terapia de aceitação e compromisso*. Essa mudança visou diferenciar a ACT do cognitivismo – o termo *distanciamento* foi emprestado da teoria de Aaron Beck – e da conotação dissociativa do seu nome original.

A terceira e última onda compreende o período entre o ano 2000 e a atualidade. O marco inicial dessa fase de disseminação foi a publicação do livro *Terapia de Aceitação e Compromisso: Uma Abordagem Experiencial à Mudança do Comportamento* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Desde então, a ACT tem sido investigada e reconhecida como uma abordagem contextualista baseada na TQR. Até o ano de 2012, a produção científica sobre ACT contava com mais de 60 livros, publicados em mais de 10 línguas, e pelo menos 63 estudos clínicos aleatorizados abrangendo temas diversos, como ansiedade, manejo da diabetes, preconceito, enfrentamento do câncer, transtorno de personalidade *borderline* e desempenho esportivo (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012).

CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

“A terapia comportamental desistiu do behaviorismo muito facilmente” (Jacobson, 1997, p. 437). No fim do século, Neil Jacobson acreditava que apenas a retomada e a elaboração das raízes filosóficas poderiam resgatar o vigor da análise do comportamento. Seria preciso restabelecer as bases do behaviorismo em uma filosofia da ciência abrangente e capaz de unificar intervenções então desconectadas. O caminho sugerido por Jacobson era o contextualismo.

A ACT está fundamentada em uma filosofia da ciência chamada *contextualismo funcional* (Hayes & Hayes, 1992; Pepper, 1942), que visa à predição e à influência do comportamento com precisão, escopo e profundidade (Hayes, Hayes, & Reese, 1988) e amplia o fundamento funcionalista do behaviorismo radical. Predição e influência são um objetivo único: o cumprimento de apenas uma dessas atividades não configura uma análise funcional.

Além disso, uma análise contextualista implica que a ação não pode ser considerada isoladamente. Todo ato está inserido em um contexto situacional e histórico – “o comportamento humano nunca ocorre no vácuo” (Törneke, 2010, p. 12) –, e todo organismo interage em e com um contexto. A validade da análise é definida pela sua funcionalidade, sendo considerada verdadeira quando sua meta é alcançada (Hayes, 1993; Tourinho & Neno, 2003). Como a meta é utilizada para validar a análise, ela própria não pode ser analisada (Hayes et al., 1988). Dessa forma, as metas são pré-analíticas: precedem a análise e não precisam ser justificadas. Metas ontológicas, que tenham valor em si mesmas, representariam uma forma de dogmatismo (Hayes, 1993) ou problema ético (Vandenberghe, 2005).

Por fim, a concepção de causalidade do contextualismo é outra característica distintiva (Hayes & Brownstein, 1986; Hayes & Hayes, 1992). Em uma análise funcional, causa é o evento que permite uma intervenção bem sucedida. Desse ponto de vista, identificar pensamentos e sentimentos como causas de outros comportamentos não seria uma análise incorreta, mas parcial. Afinal, o objetivo da análise é a predição e a influência, o que requer variáveis manipuláveis. No entanto, alguns eventos privados são comportamentos e, por isso, não podem ser diretamente manipulados – apenas variáveis contextuais têm essa propriedade. Por isso, atribuir a causa de um comportamento a outro anterior cria a necessidade de identificar as variáveis contextuais que provocaram o primeiro. Assim, uma explicação baseada em pensamentos e sentimentos seria uma explicação incompleta, pois não atenderia aos propósitos da ciência adotados pelos analistas do comportamento.

TEORIA DOS QUADROS RELACIONAIS

A teoria dos quadros relacionais (TQR) é uma abordagem comportamental da linguagem e da cognição humanas que amplia a concepção de Skinner sobre o comportamento verbal (Hayes et al., 2001). A TQR resulta de um programa de pesquisa sobre o papel da linguagem na origem, desenvolvimento e tratamento do sofrimento psicológico (Zettle, 2005). Segundo essa teoria, o núcleo da linguagem e da cognição é a “habilidade aprendida e controlada contextualmente de arbitrariamente relacionar eventos mutuamente e em combinação e de mudar a função de eventos específicos baseando-se em suas relações com outros eventos” (Hayes et al., 2006, p. 5). Habilidades aprendidas e controladas contextualmente são comportamentos operantes, passíveis de influência por meio da manipulação de variáveis ambientais. Relacionar eventos arbitrariamente significa pensar: podemos derivar relações inéditas, baseadas em propriedades sem referência formal. Em resumo, relacionar eventos é transformar suas funções. Por exemplo, chegar em casa é bom, mas traz sofrimento ao notar que as chaves foram esquecidas no trabalho. As funções de chegar em casa variam conforme a relação estabelecida.

A TQR ainda oferece uma explicação do pressuposto de universalidade do sofrimento: pensamentos e sentimentos disfuncionais derivam de processos psicológicos normais, como o seguimento de regras (Hayes et al., 2011). O comportamento de seguir regras não é controlado por contingências ambientais, mas por contingências especificadas verbalmente, que provocam maior contato com as consequências de longo prazo. Por um lado, esse processo pode aumentar a flexibilidade e gerar resultados funcionais. Por outro, pode aumentar a rigidez comportamental, reduzir a sensibilidade às dicas ambientais e gerar

disfuncionalidade e sofrimento. Esse último processo é denominado fusão e descreve o comportamento sob controle de regras verbais, pouco sensível às funções das contingências ambientais (Kaufman, Baron, & Kopp, 1966). É o que ocorre, por exemplo, com a mãe que precisa trabalhar e sente culpa por deixar o filho em casa.

O ciclo do sofrimento emocional, que começou com a fusão cognitiva, completa-se com a evitação experiencial, ou tendência a evitar pensamentos, sentimentos e sensações desagradáveis, assim como as situações que os provocam (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Quanto maior a evitação, maior é a restrição à experiência individual. À medida que as opções diminuem, o sofrimento pode aumentar, levando o indivíduo a seguir as regras disfuncionais ainda mais rigidamente. É o que acontece, por exemplo, com o marido que evita problemas conjugais dedicando-se ao trabalho. Seu afastamento pode levar a outras queixas da esposa, fazendo com que ele se afaste ainda mais.

Embora a regra seja inofensiva, segui-la pode ser nocivo (Törneke, 2010). Nos termos da TQR, essa é a diferença entre contexto relacional e contexto funcional (Hayes et al., 2011). O primeiro controla a relação entre os eventos, como e quando serão associados, ou seja, o que pensamos. O contexto relacional é pouco passível de influência, pois as relações entre estímulos se formam de modo arbitrário e espontâneo. O segundo processo, por outro lado, regula o impacto do pensamento, indicando que funções de estímulo serão transformadas pelas relações arbitrárias. São essas funções que determinam o efeito de pensamentos e sentimentos sobre o comportamento. A ACT pretende modificar esse segundo contexto por meio da manipulação de variáveis ambientais, alterando a

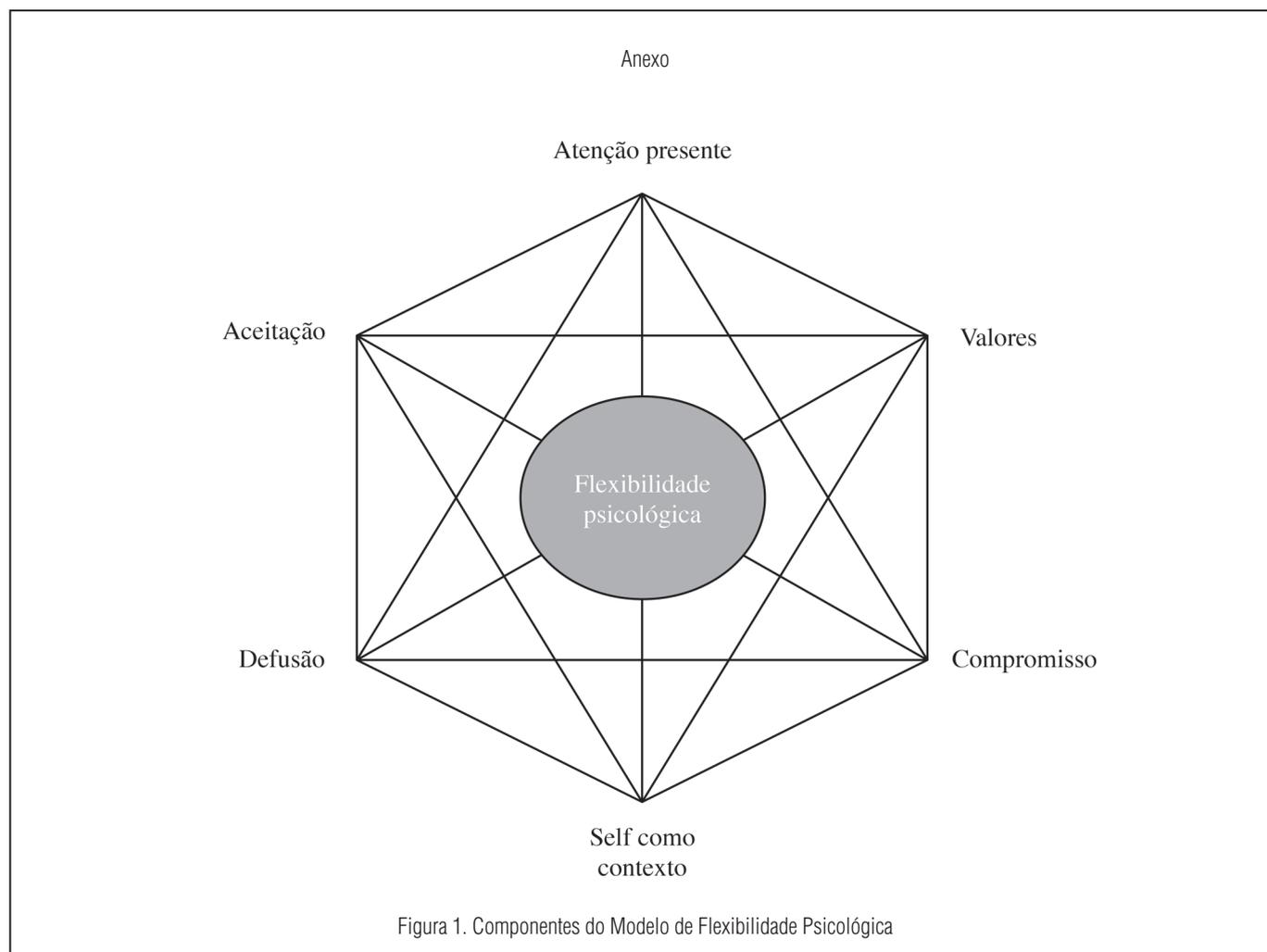
relação do indivíduo com seus eventos psicológicos, e não os eventos em si (Hayes et al., 1992).

MODELO UNIFICADO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO

A ACT propõe um modelo unificado de mudança do comportamento (Hayes et al., 2011; Saban, 2010). Um conjunto de princípios integrados é utilizado para explicar todo o funcionamento humano, do comportamento saudável à psicopatologia. Por meio desses princípios, a ACT visa flexibilizar a função dos processos cognitivos e aumentar o contato com as consequências presentes dos comportamentos guiados por uma vida com valores.

O modelo unificado de mudança da ACT é denominado flexibilidade psicológica. Esse construto resume a habilidade de estar em contato com o momento presente e manter ou mudar de comportamento em função dos valores escolhidos (Hayes et al., 2006). O construto inverso, a inflexibilidade psicológica, caracteriza o comportamento controlado principalmente pela linguagem e pouco orientado por valores. Esses processos complementares explicam tanto o comportamento funcional como o disfuncional; por isso, o modelo da ACT também é considerado um modelo de saúde mental e psicopatologia (Hayes et al., 2011).

A flexibilidade é o resultado da interação entre seis processos psicológicos normais, como mostra



a Figura 1. Para cada um deles, há um processo inverso que promove inflexibilidade, favorecendo o início e a manutenção da psicopatologia. A seguir, são descritos os processos psicopatológicos e os funcionais, assim como metáforas e exercícios experienciais usados para estimular a flexibilidade psicológica. É fundamental considerar que, em relação a todos os processos, a promoção de funcionalidade se aplica igualmente a pacientes e terapeutas, favorecendo uma relação terapêutica de melhor qualidade (p. ex., Vandenberghe & da Silveira, 2013).

Fusão cognitiva/defusão. A fusão cognitiva, que ocorre quando o indivíduo está sob controle excessivo do comportamento verbal, representa um estado de literalidade do pensamento (Hayes et al., 2012). O indivíduo não percebe a cognição apenas como cognição, adotando seu conteúdo de modo literal. O contexto e a experiência são ignorados e o pensamento se torna a principal fonte de regulação do comportamento. Embora esse processo não seja necessariamente nocivo, padrões crônicos de fusão podem gerar inflexibilidade e reduzir as opções de comportamento.

O processo inverso, defusão cognitiva, visa reduzir o controle de eventos internos sobre o comportamento, aumentando o contato com a experiência presente (Hayes et al., 2013). Como a formação de relações arbitrárias entre estímulos é pouco sujeita a influência, tentativas de suprimir o pensamento tendem a ser pouco efetivas (Wegner, 1994). Por isso, a TQR recomenda intervenções que acrescentem novas funções aos eventos internos, minimizando a credibilidade e o impacto de pensamento e sentimentos disfuncionais específicos.

Os métodos de defusão visam alterar o contexto funcional de eventos internos (Hayes et al., 2013). Essas intervenções envolvem, por exemplo, observar pensamentos e sentimentos como se estivessem escritos em folhas descendo pelas águas de um rio, repetir palavras em voz alta até perderem o sentido ou nomear os processos cognitivos (p. ex., “Estou tendo o pensamento de que sou incapaz”). Como outras intervenções da ACT, esses exercícios podem ser efetivos na redução do impacto de eventos internos mesmo sem interferir na sua ocorrência.

Evitação experiencial/aceitação. Evitação experiencial é a indisponibilidade em lidar com eventos internos aversivos, levando a tentativas de reduzir sua forma, frequência ou intensidade (Hayes et al., 1996). A evitação de estímulos que despertam pensamentos ou emoções indesejados, no entanto, pode ser contraproducente, reduzir a variabilidade comportamental e levar a comportamentos disfuncionais.

A aceitação, seu processo inverso, envolve disponibilidade em lidar com os eventos internos do modo como aparecem (Hayes et al., 2011). Isso não significa, entretanto, “tolerância passiva ou resignação (...) Ironicamente, a aceitação é uma das maiores mudanças funcionais possíveis” (Hayes et al., 2013, p. 185). Dessa forma, a experiência de desconforto pode adquirir novas funções diversas da busca de alívio frequentemente disfuncional.

Uma das metáforas utilizadas para favorecer essa habilidade descreve o indivíduo como motorista de um ônibus em que os passageiros são emoções e cognições (Hayes et al., 1999): por mais ameaçadores que sejam, são apenas passageiros e não podem assumir o volante. Outra forma de favorecer a

aceitação envolve observar e descrever as reações internas de desconforto. Esse estado de receptividade favorece a manutenção do foco nos objetivos e valores pessoais, mesmo na presença do incômodo causado por pensamentos e sentimentos adversos.

Atenção rígida ao passado ou futuro/atenção presente. O esforço contínuo para evitar problemas pode levar ao enrijecimento da atenção (Hayes et al., 2011). O indivíduo passa boa parte do tempo preocupado com o passado ou imaginando problemas que ainda não surgiram. Em ambos os casos, está psicologicamente ausente. A atenção flexível, por outro lado, permite aumentar o contato com o momento presente. Capaz de regular sua atenção e manter mais contato com o aqui e agora, único momento passível de atuação, o indivíduo experimenta o mundo mais diretamente e pode se comportar de modo mais flexível.

As principais técnicas de promoção da atenção presente são os exercícios de *mindfulness* (Hayes et al., 2012), a habilidade de “prestar atenção de um modo particular: intencional, no momento presente e sem julgamentos” (Kabat-Zinn, 1994, p. 4). Esse processo, que caracteriza as principais abordagens da terceira onda (Hayes, 2004), esteve presente durante todo o desenvolvimento das terapias cognitivas e comportamentais (Vandenberghe & Sousa, 2006). Um exercício simples de aceitação, por exemplo, envolve checar mentalmente o corpo, identificando emoções e sensações físicas.

Self conceitualizado/self como contexto. A noção de *self* como conteúdo representa a integração de diversos autoconceitos fundamentais para o indivíduo. Segundo a TQR, esse apego a alguns pensamentos é um exemplo de fusão cognitiva especialmente arriscado (Hayes et al., 2013). Eventos que ameaçam os con-

ceitos pessoais de *self* podem ser interpretados como um risco ao próprio indivíduo, levando ao sofrimento e à evitação experiencial. Por isso, a ACT estimula a defusão desses pensamentos e o desenvolvimento de uma outra noção de identidade, o *self* como contexto ou *self* observador.

Nessa concepção, o *self* é caracterizado como um lugar, e não como uma coisa (Hayes et al., 2011). Isso decorre das propriedades da linguagem que a TQR denomina relações deídicas: “eu – você”, “aqui – lá” e “agora – então”. Aprender essas relações requer treino em tomada de perspectiva, pois nenhuma posição mental pode conferir estabilidade à perspectiva. O *self* observador se baseia na experiência consciente “eu-aqui-agora”, que está empiricamente relacionada à empatia e comunicação (Hayes et al., 2013). Este lugar é, ao mesmo tempo, permanente e transcendente, o que permite ao indivíduo observar suas experiências de modo mais consciente e seguro, inclusive em situações de adversidade.

O objetivo dos métodos de desenvolvimento do *self* como contexto é a flexibilização das crenças sobre si mesmo, ou o que Hayes et al. (2012, p. 222) chamam de “suicídio conceitual”. Uma forma de promover essa habilidade é a metáfora do tabuleiro de xadrez, que compara o indivíduo a um tabuleiro, e seus pensamentos e sentimentos contraditórios, às peças. Assim como o resultado do jogo não influencia o tabuleiro, o conflito entre eventos internos não precisa comprometer o indivíduo. Entre os exercícios de treino da perspectiva, o cliente pode, por exemplo, se imaginar mais velho ou como uma terceira pessoa e então aconselhar a si mesmo no momento presente.

Objetivos pouco claros, condescendentes ou evitativos/valores. O papel dos valores na ACT é uma con-

tribuição direta do contextualismo funcional ao seu modelo de intervenção. Assim como o cumprimento de metas é o critério de sucesso do pragmatismo, a realização dos valores é o critério de sucesso do modelo de flexibilidade psicológica. Os outros componentes do modelo não são independentes: aceitação, defusão, atenção flexível e *self* observador têm a função de promover uma vida mais consistente com os valores do paciente (Hayes et al., 2011).

Os valores, no entanto, não são coisas a serem alcançadas. Para a ACT, eles são definidos como consequências de natureza verbal, escolhidas livremente, que resultam de padrões dinâmicos de comportamento, nos quais o reforçador predominante se torna intrínseco ao padrão comportamental (Wilson & Dufrene, 2008). Em outras palavras, valores são eventos internos escolhidos livremente que resultam de padrões de comportamento específicos e dinâmicos. Os valores são vividos momento a momento, e não como uma conquista definitiva, da mesma forma que a moradia de um inquilino depende do pagamento periódico e constante do aluguel.

Por outro lado, os valores podem se tornar disfuncionais quando indefinidos, baseados na vontade alheia ou evitativos. Diferentes intervenções podem facilitar a identificação e a prática dos valores, como escrever um discurso imaginário para o próprio funeral ou organizar os eventos pessoais significativos em uma linha que representa a própria história de vida.

Inação, impulsividade ou evitação persistente/compromisso. Se a meta final da ACT é a regulação do comportamento em função dos valores, o compromisso indica o caminho a percorrer. A ação comprometida constitui padrões comportamentais que permitem viver a responsabilidade pelos próprios atos, momento a momento, por meio de metas concretas

de curto, médio e longo prazo. Para isso, a coerência entre o comportamento e os valores é continuamente reavaliada (Hayes et al., 2012). Padrões de inação, impulsividade ou evitação persistente representam uma ameaça à vida com sentido, pois não são orientados para valores (Hayes et al., 2011). As técnicas de promoção do comprometimento envolvem métodos comportamentais tradicionais, representando o núcleo eminentemente comportamental do tratamento.

EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DO MODELO DE FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

A ACT dispõe de amplo suporte empírico sobre seus processos e resultados. Pelo menos quatro meta-análises mostram que a flexibilidade psicológica é um modelo de mudança efetivo. Hayes et al. (2006) analisaram 21 estudos clínicos aleatorizados ($n = 519$) e encontraram um tamanho de efeito (d de Cohen) médio de 0,66. Em comparação a condições controle, o tamanho de efeito foi 0,99 e, na comparação com tratamentos ativos, 0,48. Öst (2008), analisando 13 estudos clínicos ($n = 677$), encontrou valores semelhantes: tamanho de efeito (g de Hodge) médio igual a 0,68, $g = 0,96$, na comparação entre ACT e lista de espera, e $g = 0,53$, na comparação com tratamentos ativos.

A meta-análise de Powers, Vording e Emmelkamp (2009), baseada em uma amostra de 917 participantes em 18 estudos aleatorizados, indica a mesma superioridade na comparação a condições controle ($g = 0,42$), mas não encontra diferença quando a ACT é comparada a tratamentos estabelecidos ($g = 0,18$, $p = 0,13$). Em uma resposta a esse estudo, Levin e Hayes (2009) reanalisaram os dados e encontraram $g = 0,49$, em comparação a condições controle, e g

= 0,27, em relação a tratamentos ativos. Por fim, Levin, Hildebrandt, Lillis e Hayes (2012) analisaram 66 estudos de componentes baseados em laboratório, mostrando que os processos da ACT apresentam $g = 0,68$, quando comparados a controles inativos, e $g = 0,48$, quando comparados a componentes de outras abordagens.

Além desses resultados favoráveis, a ACT também consta como um tratamento baseado em evidências no Registro Nacional de Programas e Práticas Baseados em Evidências americano (NREPP, 2013), com base em estudos sobre TOC, prevenção à rehospitalização de pacientes psicóticos e manejo do estresse no trabalho. Além disso, a Divisão de Psicologia Clínica da Associação de Psicologia Americana (APA, 2013) recomenda a ACT como um tratamento efetivo para dor crônica, depressão, ansiedade mista, transtorno obsessivo-compulsivo e psicose.

Os resultados dos estudos sobre ACT são ainda mais significativos quando se consideram seus objetivos. A redução da forma, frequência e intensidade de sintomas diagnósticos – principal critério utilizado para avaliação de efetividade dos tratamentos – é um efeito secundário do modelo. Seu objetivo primário é favorecer o aumento da flexibilidade psicológica por meio dos seis componentes básicos. Em todos os estudos mencionados, seus efeitos são ainda maiores quando se considera apenas o impacto das intervenções sobre os componentes previstos no modelo de flexibilidade psicológica.

Listas de tratamentos com suporte empírico, como as da Associação de Psicologia Americana e da Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental, são resultado do movimento de Práticas Baseadas em Evidências (PBE; Sackett, Rosenberg,

Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Apesar de facilitar o acesso ao conhecimento científico atualizado, no entanto, estas listas apresentam uma limitação séria. O processo de validação de intervenções baseia-se apenas em resultados e exclui avaliações de processo, impossibilitando identificar porque um tratamento funciona. Embora o rol de tratamentos efetivos seja cada vez maior, nosso conhecimento sobre os mecanismos de mudança avança pouco (Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj, 2013; Kazdin, 2007).

Evidências de validade do processo de mudança, contudo, são indispensáveis para alcançar os objetivos da ACT (Hayes et al, 1992). Por isso, a abordagem enfatiza a realização de testes de mediação (Baron & Kenny, 1986), que avaliam o trajeto entre a intervenção e o resultado, havendo mais de 50 estudos que permitem avaliar mediação no modelo de flexibilidade psicológica. Na revisão de Hayes et al. (2006), 10 estudos mostram que os processos de flexibilidade psicológica, defusão, aceitação e valores medeiam resultados diversos, como a redução de pensamentos depressivos, *burnout*, e sofrimento em pacientes com câncer ou psicóticos. Uma revisão mais recente (Ruiz, 2010) mostra que os efeitos da ACT ocorrem por meio dos processos descritos em teoria, mesmo em fenômenos tão variados como dor crônica, funcionalidade, ansiedade, depressão, aprendizagem e desempenho profissional, adaptação ao parto, preocupações, tricotilomania, transtorno de personalidade *borderline*, estresse pós-traumático, qualidade de vida, convulsões epiléticas, zumbido, comportamentos de autocuidado da diabetes, estigma por obesidade e emagrecimento.

Entre os estudos relatados por Ruiz (2010), e considerando apenas aqueles ausentes na revisão de Hayes et al. (2006), 26 mostram o papel mediador

da flexibilidade psicológica, e 11 apontam que a aceitação também medeia o processo de mudança. Considerando que depois de um século de psicoterapia ainda existem explicações fundamentadas sobre como ou porque nossas intervenções produzem mudança (Kazdin, 2007), essas evidências representam uma contribuição substancial para a pesquisa sobre processos terapêuticos.

CIÊNCIA COMPORTAMENTAL CONTEXTUAL

A ACT faz parte de uma estratégia ampla de desenvolvimento científico, a ciência comportamental contextual (Vilardaga, Hayes, Levin, & Muto, 2009). Essa estratégia deriva da visão tradicional da análise do comportamento sobre o conhecimento científico (Hayes et al., 2013) e visa desenvolver uma abordagem abrangente do comportamento humano que permita a predição e a influência do comportamento com precisão, escopo e profundidade (Vilardaga et al., 2009).

A integração da ACT a um sistema de progresso científico demonstra seu papel em um projeto mais abrangente do que a própria abordagem terapêutica. Essa estratégia consiste na aplicação estrita dos pressupostos do contextualismo funcional à análise do comportamento (Vilardaga et al., 2009) e suas principais características são: explicitar pressupostos filosóficos; elaborar uma abordagem básica e um modelo unificado de mudança do comportamento, baseados em teorias e princípios comportamentais organizados; desenvolver técnicas e medidas dos componentes básicos, assim como identificar mediadores e moderadores do resultado; avaliar precocemente a efetividade e a disseminação das intervenções em diferentes áreas e níveis de análise, favorecendo a criação de uma

comunidade científica aberta a estudantes, clínicos e pesquisadores (Hayes et al., 2013).

A coerência e a efetividade da ACT dependem da clareza sobre os objetivos do seu programa científico. Em última instância, e conforme os pressupostos da Ciência Comportamental Contextual, a própria ACT é apenas mais uma teoria que deve ser continuamente avaliada em termos da sua capacidade de predição e influência.

LIMITAÇÕES

Apesar da disponibilidade crescente de evidências favoráveis, pesquisadores respeitados apontam limitações importantes da ACT. Um problema é a competição com a TCC, resultado da divulgação da ACT em contraponto a intervenções cognitivas e comportamentais tradicionais (Kanter, 2013), como se o objetivo fosse deslocar a TCC como abordagem psicoterápica dominante (Hofmann, 2008). Outra crítica questiona as contribuições da ACT em relação à TCC tradicional: em geral, os tratamentos são mais semelhantes do que diferentes (Arch & Craske, 2008), permanecendo a dúvida sobre a suposta novidade da ACT e do seu mecanismo de mudança proposto em relação a abordagens já existentes (Hofmann, 2008). Neste caso, a efetividade das técnicas da ACT seria melhor entendida com base na teoria cognitivo-comportamental tradicional (David & Hofmann, 2013).

Os críticos também afirmam que a ACT não deriva diretamente da TQR (Arch & Craske, 2008), pois as técnicas que divergem dos protocolos tradicionais não estão diretamente ligadas aos fundamentos teóricos e filosóficos da ACT (Hofmann, 2008). Por fim, há preocupações antigas

com o risco de se adiantar aos dados (Corrigan, 2001), havendo consenso sobre a insuficiência de suporte empírico para basear as alegações feitas (Kanter, 2013).

Os autores da ACT, naturalmente, têm opiniões diferentes. Os criadores da abordagem informam, no livro de lançamento da ACT, que “o conteúdo dessa terapia é completamente sobre cognição e emoção (...) Portanto, é sensato chamá-la de terapia cognitivo-comportamental” (Hayes et al., 1999, p. 79). Quanto às dúvidas sobre a inovação da ACT, a meta-análise recente sobre estudos de componentes (Levin et al., 2012) e as revisões sobre processos de mediação (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010) apresentam ampla evidência apontando suas contribuições diferenciadas. A crítica de que elementos da ACT não derivam da TQR é aceita: várias técnicas foram emprestadas – do movimento do potencial humano, tradições orientais, terapia comportamental e tradições místicas, por exemplo. Assim, “o terapeuta efetivo utiliza a ACT como *definida funcionalmente*” (Hayes et al., 1999, p. 15, itálico original). Da mesma forma, os autores reelaboram conceitos tradicionais por um viés funcional e operacionalizável, como exemplificam as definições funcionais de *mindfulness* (Fletcher & Hayes, 2006) e valores (Wilson & Dufrene, 2008). Por fim, diferentes meta-análises (Hayes et al., 2006; Öst, 2008; Powers et al., 2009) reúnem dados consistentes sobre a efetividade da ACT, mas críticas categóricas a componentes de outras abordagens ainda carecem de suporte empírico (Kanter, 2013).

CONCLUSÃO

Depois de um século de psicologia clínica e mais de 500 abordagens terapêuticas (Kazdin, 2000),

ainda não temos uma única intervenção bem explicada (Kazdin, 2007). Depois de 60 anos do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013) e mais de 300 transtornos classificados, ainda não temos uma única síndrome com marcador laboratorial específico (Kupfer, First, & Regier, 2002). Muitos anos de pesquisa e resultados insatisfatórios: parece um bom momento para reavaliar o modelo de pesquisa utilizado na área da psicoterapia.

O diagnóstico é conhecido há muito tempo: sabemos que muitas de nossas intervenções funcionam, mas não sabemos como (Barlow et al., 2013; Paul, 1967; Rosenzweig, 1936). A discussão de conceitos gerais, aliada à ênfase na validação de procedimentos, resultou em teorias sem suporte empírico e na desconexão entre aplicação e princípios básicos (Hayes, 2008). Há evidência abundante sobre a efetividade de diversos tratamentos, mas pouca informação sobre mecanismos básicos de mudança do comportamento.

O desenvolvimento da terapia de aceitação e compromisso representa uma mudança de direção. Quando Neil Jacobson propôs que o contextualismo seria uma solução para a terapia comportamental (Jacobson, 1997), David Barlow afirmou que essa era uma questão empírica que apenas o tempo poderia responder (Barlow, 1997). Depois de 15 anos, a ACT se mostra uma alternativa viável. É uma abordagem contextualista fundamentada em pressupostos filosóficos explícitos e em um modelo básico da cognição e linguagem humanas. Apresenta um modelo de mudança do comportamento que abrange o funcionamento saudável e patológico, com evidências sólidas e campo de aplicação cada vez mais abrangente. Por fim, está integrada

a um sistema amplo de desenvolvimento científico que orienta e avalia continuamente suas contribuições ao campo da saúde mental.

Os bons resultados apresentados pela pesquisa sobre a ACT, aliados à inexistência de estudos nacionais de desenvolvimento ou adaptação de instrumentos de avaliação dos componentes da ACT, sugerem que a construção de medidas no país pode ser uma forma de estimular a elucidação de intervenções psicológicas. Disponibilizar escalas locais é o primeiro passo para investigar se os construtos dessa abordagem também desempenham um papel importante na mudança de comportamento na nossa cultura. Em caso de resultado positivo, esses instrumentos seriam fundamentais para o desenvolvimento e aplicação de intervenções baseadas no modelo da flexibilidade psicológica.

As contribuições e o reconhecimento atual da ACT representam bons frutos do contextualismo. Se os novos estudos irão consolidar ou apontar falhas no modelo da flexibilidade psicológica é uma questão secundária. Considerando que “o ponto da jornada científica não é gerar idéias corretas, mas desenvolver meias verdades mais úteis, cujas limitações possam ser conhecidas mais rápida e claramente” (Hayes et al., 2013, p. 180), a ACT já está cumprindo sua função.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2013). *Psychological Treatments*. Retirado em 15/02/2013 de <http://www.psychologicaltreatments.org/>.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*, 263–279.
- Barlow, D. H. (1997). It's yet another empirical question - Commentary on “Can Contextualism Help?” *Behavior Therapy*, *28*, 445–448.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and the way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 1–27.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182.
- Boavista, R. (2012). Terapia de aceitação e compromisso (ACT): *Mais uma possibilidade para a clínica comportamental*. Santo Andre: ESETEC.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavioral therapies. *The Behavior Therapist*, *24*(9), 189–193.
- David, D., & Hofmann, S. G. (2013). Another error of Descartes? Implications for the “third wave” cognitive-behavioral therapy. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *13*(1), 111–121.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2006). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *23*(4), 315–336.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis

- and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, *9*, 175–190.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^a ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *34*, 639–665.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of Acceptance and Commitment Therapy and traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*, 286–295.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory - A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's world hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *50*(1), 97–111.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., & Villatte, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180–198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 141–68.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1–29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, *23*, 225–249.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*(4), 280–285.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., & Gollan, J. K. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 295–304.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, *28*, 435–443.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of

- mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
- Kanter, J. W. (2013). The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. *Behavior Therapy*, *44*(2), 228–233.
- Kaufman, A., Baron, A., & Kopp, R. E. (1966). Some effects of instructions on human operant behavior. *Psychonomic Monograph Supplements*, *1*, 243–250.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1–27.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Eds.). (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, *43*(4), 741–756.
- Levin, M., & Hayes, S. C. (2009). Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(6), 380–380.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- NREPP. (2013). SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Retirado em 10/02/2013 de <http://174.140.153.167/ViewAll.aspx>.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 296–321.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *31*(2), 109–118.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California.
- Powers, M. B., Vording, M. B. Z. V. S., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(2), 73–80.
- 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.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412–415.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125–162.
- Saban, M. T. (2010). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. São Paulo: ESETec.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, *312*, 71–72.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT - An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger.
- Tourinho, E. Z., & Neno, S. (2003). Effectiveness as truth criterion in behavior analysis. *Behavior and Philosophy*, *31*, 63–80.

- Vandenberghe, L. (2005). Uma ética behaviorista radical para a terapia comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 55–66.
- Vandenberghe, L., & da Silveira, J. M. (2013). Therapist self-as-context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159-167
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1).
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Levin, M. E., & Muto, T. (2009). Creating a strategy for progress: A contextual behavioral science approach. *The Behavior Analyst*, 32(1), 105–33.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, 101(1), 34–52.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Worrell, M., & Longmore, R. J. (2008). Challenging Hofmann's negative thoughts: A rebuttal, 28, 71–74.
- Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 77–89.

Recebido em 19 de agosto de 2013
Encaminhado para revisão em 5 de julho de 2014
Aceito em 19 de agosto de 2014