ISSN 1982-3541
Belo Horizonte-MG
2008, Vol. X, nº 1, 81-104

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio

Acceptance and Commitment Therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide

Steven C. Hayes[1]
Jacqueline Pistorello[2]
Universidade de Nevada
Anthony Biglan
Oregon Research Institute

Resumo

Este artigo brevemente descreve a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), seus modelos subjacentes e as evidências que defendem a sua eficácia. Fornecendo exemplos de como esta terapia pode ser estendida para o tratamento de outros distúrbios, este trabalho assim inclui no âmbito da ACT a prevenção do suicídio e sua ideação. Ambos o modelo e suas técnicas aplicadas são empiricamente comprovados, o que sugere que outras extensões podem ser feitas de forma segura.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso, Mediação, Prevenção, Suicidalidade.

Abstract

The present article briefly describes ACT, its underlying model, and the evidence in support of its efficacy. In order to provide an example of how to extend ACT to new problems, the paper then extends ACT thinking to the prevention of suicide and suicidality. ACT, both its model and applied techniques, appears to be supported by the evidence, suggesting that further extensions are warranted.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Mediation, Prevention, Suicidality

1 Department of Psychology, University of Nevada, Reno, NV. Address: hayes@unr.edu
2 Counseling Center, University of Nevada, Reno, NV. Address: pistorel@unr.edu

A Terapia de Aceitação e Compromisso (doravante ACT) associa processos de aceitação e atenção a processos de compromisso e mudança de comportamento para a criação de uma flexibilidade psicológica. A terapia é baseada na Teoria do Quadro Relacional (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), um pressuposto da linguagem e cognição preciso e empiricamente sólido, além de sua extensão à psicopatologia. Há um crescente e significativo corpo de evidências acerca da eficácia da ACT em um amplo escopo de patologias (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004). Ainda, sua teoria base se encontra relativamente bem especificada e pesquisada, sendo que os processos das mudanças almejadas intermediam os resultados da terapia (Hayes et al., 2006).

Com um nível de solidez empírica, torna-se possível utilizar os dados de problemas comportamentais como guia para a aplicação da ACT em novas áreas. Uma vez que o modelo se encaixe conceitualmente no problema e os processos de mudança da ACT se relacionem a este empiricamente, com grande probabilidade se tornar eficaz a administração da terapia. O presente artigo assim brevemente descreve a ACT e seus modelos subjacentes, além das evidências que defendem a sua eficiência. Para fornecer exemplos de como esta terapia pode ser estendida ao tratamento de novos problemas, este trabalho assim inclui no seu âmbito a prevenção do suicídio e sua ideação.

Sendo a apresentação e defesa do modelo incomum para tal público, um dos principais objetivos deste artigo é expor o trabalho a clínicos e cientistas clínicos falantes do português, uma vez que a terapia possui um restrito trânsito entre esta comunidade (vide http://br.groups.yahoo.com/group/actnobrasil/).

O Modelo Psicopatológico da ACT

A ACT compreende uma abordagem definida por certos processos teóricos, e não por sua aplicação em si. A figura 1 ilustra os processos centrais considerados subjacentes à psicopatologia. Cada um desses processos emerge de características da linguagem e cognição humanas, como especificado pela Teoria do Quadro Relacional.



Figura 1. Modelo ACT de psicopatologia

Teoria do Quadro Relacional

Pela perspectiva da Teoria do Quadro Relacional (RFT), a característica mais dominante da linguagem e cognição humana compreende o seu embasamento em operantes aplicáveis de forma pedagógica, relacional e arbitrária, que em contrapartida promovem impacto em outros processos comportamentais (Hayes et al., 2001). Relacionar significa responder a um evento por meio de outro, sendo que crianças podem prontamente ser ensinadas a estabelecer conexões entre situações e a combinar distintas formas através de múltiplos treinamentos exemplares e de reforçamento (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, & Smeets, 2004; Berens & Hayes, 2006; Luciano et al., 2006). Elas aprendem, por exemplo, a relacionar tais eventos de maneira equivalente (Luciano et al., 2006), oposta (Barnes-Holmes et al., 2004) ou a considerar um melhor que o outro (Berens & Hayes, 2006) através de suficientes exemplos de reforçamento. Quando aprendidos, os "enquadramentos relacionais" podem ser aplicados a qualquer compêndio de situações, contanto que os insumos relacionais sejam apresentados (e.g., Barnes-Holmes et al., 2004; Berens & Hayes, 2006; Luciano et al., 2006). Isso significa que o relacionamento não mais é controlado meramente por propriedades formais, contigüidade ou contigência direta, mas é "arbitrariamente aplicável" no sentido de que seus insumos forneçem um quadro vazio no qual os eventos possam ser incluídos. (E.g _ é menor que ___). Com esta base, funções podem assim ser transformadas. Por exemplo, se é aprendido que "X é menor que Y", e X for diretamente associado a um choque doloroso, Y pode agora gerar ainda mais reações negativas do que X (vide Dougher et al., no prelo).

Tais habilidades são extremamente úteis a seres humanos no domínio da lógica e da resolução de problemas. Entretanto, elas levantam controvérsias. Uma simples linha de coordenação permite aos humanos se lembrarem de situações ao relatarem sobre elas, mas isso pode significar a transposição de eventos dolorosos para qualquer situação e em qualquer período de tempo, uma vez que eles possuem raízes em insumos mínimos fornecidos pelo pensamento humano. Um quadro de comparação possibilita aos resultados relativos serem balanceados com êxito, mas também possibilitam o indivíduo a se comparar com um ideal irreal, tornando-se assim insatisfeito mesmo quando suas conquistas são notórias. Um quadro temporal permite a previsão de resultados, mas também dá margem para que pessoas temam um futuro improvável ou vivam em um passado irresoluto ao ponto de anularem o presente. Sendo esses hábitos mentais tradicionais, aprendidos e úteis (até mesmo essenciais), eles não podem ser freados, eliminados ou suprimidos.

Aplicação da ACT e RFT

Em termos gerais, a fusão cognitiva se refere à predominância da regulação verbal do comportamento sobre todos os outros processos comportamentais (vide Hayes et al., 1999). Em alguns eventos não-nocivos ou até mesmo úteis, este processo é geralmente demasiado estendido, de modo que o comportamento humano passa a ser guiado por redes verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências contatadas do meio, mesmo quando aquela causa prejuízos. Conseqüentemente, os indivíduos podem agir de forma distoante aos insumos fornecidos pelo meio.

Uma vez que o comportamento se torna dominado pela fusão cognitiva, pensamentos negativos (e.g Estou mal) são tratados como um referente, ou seja, um objeto 'ruim' ou perigoso. Emoções assim são rotuladas e avaliadas, sendo que os indivíduos tendem a direcionar o foco no controle emocional e em situações cognitivas como sendo objetivos primários e mensuradores de êxito na vida pessoal. A esquiva de experiência atesta a tentativa de alterar a forma, freqüência ou sensibilidade situacional de eventos íntimos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Assim como a fusão cognitiva, tais experiências não são necessariamente prejudi-

ciais em si, mas são extremamente estendidas a outras situações ao ponto de causarem prejuízos ao comportamento. Devido às relações temporais e comparativas presentes na linguagem humana, as ditas emoções 'negativas' são verbalmente previstas, avaliadas e evitadas. A esquiva de experiência é baseada neste processo natural da linguagem, ou seja, em um modelo que é culturalmente ampliado com o foco em 'sentir-se bem' e em evitar a dor. Infelizmente, tentativas de se evitar situações pessoais desconfortáveis tendem a aumentar sua importância funcional e, às vezes, sua magnitude e freqüência. Elas se tornam mais salientes como objeto de controle, sendo verbalmente ligadas à resultados conceitualmente negativos e assim evocando pensamentos e sentimentos negativos.

A linguagem também possui efeitos adicionais contraproducentes. Indivíduos perdem o contato com o presente ao reportarem mais a um passado e a um futuro conceitualizados. Eles se tornam reféns de suas próprias histórias e de seu *eu-conceitual*, de forma que tal fato se torna mais relevante na auto descrição verbal (e.g ser vítima, nunca se aborrecer, estar falido, etc.) do que no engajamento em formas mais eficazes de comportamento. A inflexibilidade psicológica é resultante deste processo, uma vez que qualidades desejadas (valores) e ações de compromisso para tais são preteridas por objetivos mais imediatos de bem-estar ou defesa do *eu-conceitual*.

O Modelo de Intervenção da ACT

A figura 2 mostra os processos de intervenção centrais da ACT. Existem seis, sendo que a combinação destes almeja a flexibilidade psicológica, ou seja, a habilidade de um ser humano consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos e em persistir e alterar seu comportamento em prol de valores escolhidos.

Aceitação

A aceitação implica no envolvimento ativo e consciente dos eventos pessoais sem tentativas desnecessárias de mudar sua freqüência ou forma, uma vez que tal empreendimento causaria danos psicológicos. Por exemplo, pacientes com ansiedade são ensinados a senti-la em sua totalidade e sem de-

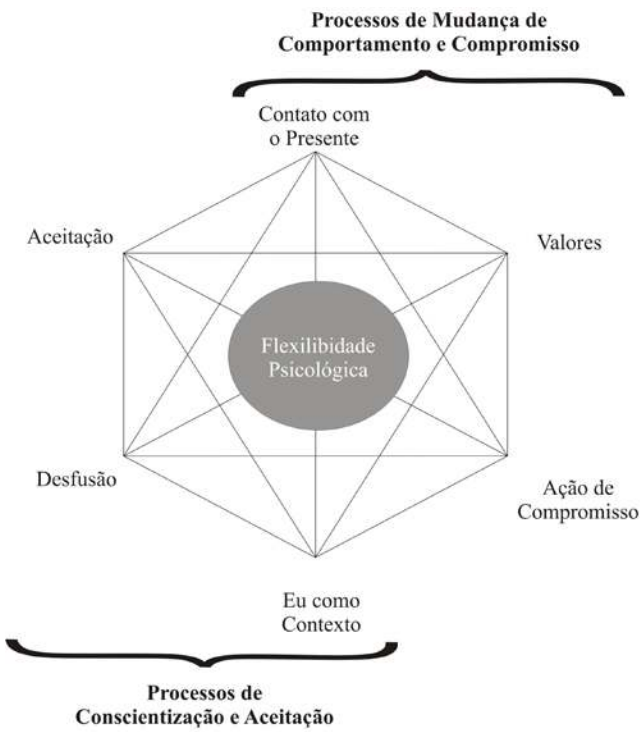

Figura 2. Modelo ACT de intervenção

fesas; pacientes com dor são instruídos com métodos que os estimulam a desistir de lutar contra ela, e assim por diante. A aceitação na ACT não possui um fim em si mesma, mas é incitada como método para aumentar as ações baseadas em valores.

Desfusão Cognitiva

A desfusão cognitiva e as técnicas de conscientização têm o intuito de alterar as funções indesejáveis de pensamentos ou outros eventos íntimos, e não de cambiar sua forma, freqüência e sensibilidade situacional. Dito de outra forma, a ACT almeja mudar a maneira que o indivíduo *interage* e *se relaciona* com os pensamentos através da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas. Há registros de tais técnicas que foram desenvolvidas para uma vasta gama de apresentações clínicas (Hayes & Strosahl, 2005). Por exemplo, um pensamento negativo poderia ser observado sem nenhum envolvimento emocional, repetido em voz alta até que se apenas reste o seu som, ou abordado como um evento externamente observado ao conferi-lo forma, tamanho, cor, velocidade e formato. Um indivíduo poderia agradecer a sua mente por tal pensamento interessante, rotular o seu processo ("Estou tendo o pensamento no qual não estou bem") ou examiná-lo juntamente a sentimentos e memórias que são desencadeados durante a experiência de tal pensamento. Estes procedimentos objetivam reduzir a qualidade literal do pensamento, enfraquecendo a tendência de tratá-lo mais como uma referência (e.g "Eu não estou bem") do que como uma impressão direta (e.g. o pensamento sobre não estar bem). O resultado da desfusão se dá geralmente por uma queda na crença ou vínculo aos eventos íntimos, e não por uma mudança imediata na sua freqüência.

Estar Presente

A ACT promove contato constante e não-valorativo com os eventos psicológicos e do meio na medida em que estes ocorrem. O objetivo é que os pacientes experienciem o mundo mais diretamente para que o seu comportamento se torne mais flexível e suas ações mais consistentes com seus valores. Isso é alcançado ao se permitir que a dinâmica da terapia exerça um maior controle sobre o comportamento e ao se usar a linguagem mais como uma ferramenta para a anotação e descrição de eventos do que como instrumento para a previsão e julgamento destes. Um auto-senso chamado "si como processo" é ativamente estimulado: a descrição desfusa, ininterrupta e não-valorativa de pensamentos, sentimentos e outros eventos íntimos.

Eu como Contexto

Devido aos quadros relacionais tais como Eu vs. Você, Agora vs. Antes, Aqui vs. Ali, a linguagem humana gera um conceito de *si* como um local ou perspectiva, conferindo uma faceta transcendental e espiritual aos falantes humanos normais. Essa idéia foi uma das precursoras da ACT e RFT (Hayes, 1984), sendo que há agora crescentes evidências de sua importância para as funções da linguagem como a empatia, a teoria da mente, o auto-senso e afins (e.g., McHugh, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes, 2004). Em suma, a idéia é de que o "eu" emerge de um conjunto de vários exemplares de relações de perspectivas ("relações dêiticas", de acordo com a RFT). Entretanto, como este auto-senso é um contexto para o conhecimento verbal, e não o conteúdo deste conhecimento, seus limites não podem ser conscientemente aferidos. O *eu como contexto* é parcialmente importante deste ponto de vista, já que o indivíduo pode estar consciente de seu fluxo de experiências sem necessariamente vincular-se a ele ou a uma investida na qual experiências particulares ocorram, sendo assim incitadas a desfusão e a aceitação. O *eu como contexto* é estimulado pela ACT através de exercícios de conscientização, metáforas e processos experienciais.

Valores

Valores são qualidades escolhidas com o propósito de que nunca possam existir como objeto, mas sim como exemplos a serem

alcançados passo a passo. A ACT utiliza-se de uma variedade de exercícios que auxiliam o paciente a escolher direções de vida em vários domínios (e.g família, carreira profissional, espiritualidade) ao reduzir processos de verbalização que possam levar a escolhas baseadas no evitamento, na conivência social ou na fusão (e.g "Devo valorizar X" or "Uma boa pessoa valorizaria Y" ou "Minha mãe quer que eu valorize Z"). Na ACT, a aceitação, a desfusão e o estar presente não possuem um fim em si, mas configuram-se como meios mais eficazes para uma vida de valores mais consistentes e cruciais.

Ação de Compromisso

Finalmente, a ACT estimula o desenvolvimento de padrões mais abrangentes de ação efetiva ligado aos valores escolhidos. Neste quesito, a terapia em muito se assemelha à terapia comportamental tradicional, e quase todo o método de mudança de comportamento coerente pode ser adaptado ao protocolo da ACT, incluindo a exposição, aquisição de habilidades, métodos de formação, estabelecimento de objetivos e etc. Contrariando os valores (que são constantemente instanciados mas nunca alcançados como objeto), objetivos concretos e consistentes com valores podem ser alcançados, sendo que os protocolos da ACT quase sempre envolvem trabalho terapêutico e lições de casa ligados à mudança de comportamento de curto, médio e longo prazo. Em contrapartida, essas tentativas levam o indivíduo ao contato com barreiras psicológicas abordadas através de outros processos da ACT (aceitação, desfusão e etc). A literatura prática sobre estes processos encontra-se agora muito ampla. Além da obra original sobre a ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), há agora vários livros que demonstram mais especificamente como aplicar um modelo ACT de forma mais geral (e.g., Hayes & Strosahl, 2004; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Bach & Moran, no prelo) ou específica para problemas como ansiedade (Eifert & Forsyth, 2005), trauma (Walser & Westrup, 2007) e depressão (Zettle, 2007). Ainda, há uma extensa variedade de publicações de cunho auto-didático para a redução de problemas gerais (Hayes & Smith, 2005) e específicos, incluindo traumas (Follette & Pistorello, 2007), depressão (Robinson & Strosahl, no prelo), diabetes (Gregg, Callaghan, & Hayes, 2007) e ansiedade (Forsyth & Eifert, no prelo).

Evidências Empíricas da ACT

Dois recentes artigos (Hayes, Masuda et al., 2004; Hayes et al., 2006) resumem os resultados de testes randomizados. Os estudos abarcam um amplo escopo de problemas incluindo depressão, suicidalidade, auto-ferimento, abuso de substâncias, dor crônica, ansiedade, psicose, fumo, preconceito, estresse laboral, síndrome de *Burnout*, diabetes, adaptação ao câncer, transtorno obsessivo-compulsivo, tricotilomania, adaptação à epilepsia e auto-estigma, dentre outros. Uma meta-análise de estudos controlados (Hayes et al., 2006) reportou sobre 21 testes da ACT randomizados então disponíveis. A média entre o tamanho do efeito por grupo (*d* de Cohen's) foi de .66 no pós-tratamento (N = 704) e .65 (N = 580) no *follow-up* (com uma média de 19,2 semanas depois). Em estudos envolvendo comparações entre a ACT e tratamentos ativos, o tamanho do efeito foi de .48 no pós-tratamento (N = 456) e .62 no *follow-up* (N = 404). Em comparações com a lista de espera e tratamento usual ou placebo, os tamanhos dos efeitos foram de .99 no pós-tratamento (N = 248) e .71 no *follow-up* (N=176). Na perspectiva das tradicionais concepções de saúde mental, como a nosologia DSM, pode parecer incomum que um procedimento tenha algum impacto no tratamento de uma grande variedade de problemas, principalmente se muito de seus protocolos não forem extensos (e.g três horas para psicose, seis horas para Síndrome de *Burnout* e etc). Isso acontece devido ao fato da ACT se voltar para processos patológicos chave que foram detectados em pesquisas básicas de comportamento envolvendo linguagem e cognição. Na seção que se segue, apresentaremos uma

revisão tutorial das evidências da ACT. O trabalho enfocará estudos de efetivação, eficácia e de componentes.

Estudos Sobre a Efetivação da ACT

Há até o presente momento três estudos de efetivação da ACT que avaliaram o amplo impacto da terapia. Strosahl, Hayes, Bergan e Romano (1998) averiguaram a efetivação clínica de um grupo de clínicos em uma grande organização de saúde com um hospital e diversas clínicas. Durante meses, todos os novos pacientes direcionados a tais clínicos foram, pela primeira vez, avaliados independentemente do diagnóstico e, novamente, avaliados após cinco meses. Os clínicos foram então divididos em dois grupos, cujo critério não foi a escolha aleatória, mas sim a disposição em participar do treinamento com a terapia. Assim, apenas a metade dos clínicos foi treinada para a ACT. Após um ano, com duas oficinas sobre a terapia ministradas e quatro horas mensais de supervisão, todos os novos pacientes destes clínicos foram novamente avaliados quando da sua entrada e após cinco meses. Os resultados mostraram que o treinamento da ACT no geral produziu melhores resultados, uma redução na prescrição de medicamentos e uma conclusão mais célere da terapia. Em suma, o treinamento formou clínicos mais eficientes, como comprovaram os resultados nos pacientes.

Os principais problemas de Strosahl et. al. (1998) foram a não-randomização e a não-comparação das ACT com tratamentos tidos como eficientes. Tal foi corrigido em Lappalainen, Lehtonen, Skarp, Taubert, Ojanen e Hayes (no prelo). Neste estudo aleatório e controlado, 14 estudantes da terapia trataram de um paciente cada pelo modelo da ACT ou por um modelo tradicional de tratamento cognitivo durante seis a oito seções seguidas de uma análise funcional de duas seções. Os participantes que não necessitavam ser hospitalizados foram escolhidos aleatoriamente e encaminhados aos clínicos. No pós-tratamento e no *follow-up* de seis meses os pacientes melhoraram nas medidas SCL-90 e em várias outras. Os resultados também mostraram que pacientes da ACT aumentaram a aceitação no pós-tratamento, sendo que os pacientes de terapias cognitivas tradicionais desenvolveram maior autoconfiança. Ambos os registros do pós-tratamento nos quesitos autoconfiança e aceitação correlacionaram com os resultados do *follow-up*, mas quando calculadas as correlações parciais, apenas a aceitação ainda relacionava-se com tais resultados. No *follow-up*, pacientes da ACT apresentaram mais significativa autoconfiança que pacientes de terapias cognitivas convencionais.

Um teste final de efetivação analisou o impacto da ACT e terapias cognitivas convencionais em 101 pacientes não-hospitalizados com ansiedade e depressão de níveis moderado a grave (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, no prelo). Os pacientes foram aleatoriamente encaminhados a 23 terapeutas iniciantes na ACT e a terapias cognitivas tradicionais. Não houve *follow-up*. Os pacientes tratados com terapias convencionais e ACT apresentaram grandes e equivalentes melhoras na depressão, ansiedade, problemas físicos, qualidade de vida, satisfação em viver e na avaliação dos clínicos. "Observar" e "descrever" as experiências mediaram os resultados daqueles tratados por terapias tradicionais em relação aos pacientes da ACT, ao passo que o "evitamento da experiência", a "ação consciente" e a aceitação mediaram os resultados dos pacientes apenas deste grupo.

No geral, os estudos de efetivação mostram que a prática deliberada da ACT forma clínicos mais eficientes e capazes de produzir resultados equivalentes ou superiores aos melhores métodos empiricamente fundamentados. Ainda, os processos de mudança para a ACT são únicos e condizentes ao seu modelo.

Estudos de Eficiência em Grupos e em Séries de Tempo Controladas

A ACT já demonstrou ser capaz de tratar de uma larga variedade de desordens e problemas tais como a dependência de ópio (Hayes et al, 2004), de fumo (Gifford et al.,

2004; Gifford et al., no prelo), de maconha (Twohig Shoenberger, & Hayes, no prelo), transtorno obsessivo-compulsivo (Twohig, Masuda, & Hayes, 2006), espectro do transtorno obsessivo- compulsivo (OCD) (Twohig, Masuda, & Hayes, 2006b) e psicose (Bach & Hayes, 2002), dentre outros. Nesta seção que se segue, revisaremos as evidências e as organizaremos por problema.

Depressão. O primeiro estudo com resultado já realizado com a ACT foi um pequeno teste randomizado comparando-a com tratamentos cognitivos convencionais para depressão (Zettle & Hayes, 1986). O mesmo terapeuta (instruído por Aaron Beck e Steven Hayes) assistiu aos pacientes em ambas as condições. Os resultados mostraram que a ACT foi mais efetiva que a terapia cognitiva e seus resultados (Hamilton e BDI). Os pacientes tratados pela ACT demonstraram uma redução mais rápida na crença em pensamentos depressivos do que os abordados por terapias convencionais. Análises subseqüentes (Hayes et al., 2006) mostraram ser esses processos decisivos no resultado da terapia.

Um estudo similar foi conduzido utilizando a ACT e terapias convencionais em um grupo de pacientes (Zettle & Raines, 1989). Os resultados apontaram que a ACT, neste formato, foi tão eficiente contra a depressão como as terapias cognitivas, e que ela opera por um processo diferente. Ainda, os resultados indicaram que as diferenças de tamanho do grupo favorecem a ACT.

Uma pesquisa mais recente foi conduzida com os pais de crianças deficientes (Blackledge & Hayes, 2006) e examinou o impacto de um trabalho em grupo com a ACT. Aqueles que apresentavam sinais de depressão tiveram significantes melhoras.

Estresse e Síndrome de Burnout. Bond & Bunce (2000) aplicaram a ACT em um estudo sobre a redução do estresse no ambiente de trabalho. Eles compararam a ACT, a inovação promocional como redutor de estresse e uma lista de espera e concluíram que a primeira produziu mais resultados que os outros dois insumos na redução do estresse e ansiedade, e foi igualmente eficiente quando comparado à inovação promocional como mudança de fontes de estresse no trabalho. Para medir a esquiva de experiência e a flexibilidade psicológica, foi utilizado o Questionário de Ação e Aceitação (AAQ) (Hayes, Strosahl et al., 2004).

Outro teste randomizado e controlado (Hayes, Bissett et al., 2004) revelou que um dia de aplicação da ACT levou a uma maior redução da estigmatização e da síndrome de *Burnout* do que um controle educacional (em alguns casos) e um treinamento multicultural. Análises mediacionais mostraram ser essas mudanças resultado de desfusão cognitiva.

Psicose. Até mesmo as mais limitadas intervenções da ACT aparentemente possuem um impacto significativo em sintomas psicóticos. Bach e Hayes (2002) concluíram em um teste randomizado e controlado que, quando comparada com tratamentos usuais, uma intervenção de três horas da terapia em pacientes com alucinações e desilusões reduziram a possibilidade em 50% de estes serem rehospitalizados por um período de quatro meses de *follow-up.*. Este processo de mudança se encaixa no modelo e é pouco esperado fora dele. Assim, a admissão de sintomas na ACT foi positivamente relacionada às melhoras apenas se a crença nestes sintomas fosse diminuída.

Este estudo foi replicado e estendido por Gaudiano e Herbert (2006a). Estes utilizaram melhores instrumentos de medida e uma condição de controle para manter igual o tempo de contato de cada terapeuta. Os resultados foram similarmente impactantes: 50% dos pacientes resistentes com média 3 que se submeteram a sessões de 45 minutos de ACT obtiveram melhoras de dois ou mais desvios padrões nas entrevistas clínicas em comparação aos menos de 10% que se submeteram a controles tradicionais. Um estudo à parte mostrou que perturbações de cunho alucinógeno foram mediadas pela desfusão cognitiva (Gaudiano & Herbert, 2006b).

Ansiedade. Os resultados envolvendo a ansiedade são positivos, porém um tanto

quanto mesclados. Twohig, Hayes e Masuda (2006) detectaram em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo uma larga redução de tal comportamento através de uma linha de base múltipla que testou o protocolo da ACT em 8 sessões sem exposição em cada sessão. Em um pequeno teste randomizado e controlado, Zettle (2003) averiguou que a ACT é tão positiva quanto a dessensibilização sistemática para a redução da ansiedade matemática, mas opera segundo um processo distinto. Entretanto, a dessensibilização sistemática foi mais eficiente na redução da ansiedade-traço.

Dor. Uma das áreas mais proeminentes nos resultados da ACT é a da dor. Dahl, Wilson, e Nilsson (2004) constataram em um teste randomizado e controlado que a administração da terapia por um período de quatro horas reduziu em até 91% o afastamento do trabalho devido à dores por um período de seis meses, quando comparado com o tratamento usual com pacientes vítimas de dor crônica com iminência de deficiência permanente. Em um teste aberto com 108 pacientes vítimas de dor crônica e com uma longa história de tratamentos, McCracken, Vowles, e Eccleston (2005) verificaram que um programa de tratamento residencial com a ACT de 3 a 4 semanas resultou em uma melhora de 34% abrangendo todos os quesitos, em comparação ao índice de 3% nos quatro meses anteriores. 81% dos ganhos com a terapia foram mantidos nos 3 meses de *follow-up*. Mudanças na aceitação de questões relacionadas à dor e flexibilidade psicológica implicaram em uma melhora nos quadros de depressão, ansiedade, incapacidade física, debilidade psicossocial e na habilidade de manter-se de pé. Resultados positivos também puderam ser averiguados em caminhadas, na diminuição de consultas médicas, nos descansos diários por conta de dor, na intensidade da dor e na sua medicação. Um segundo e maior teste aberto (n = 252) apresentou resultados similares e ainda mais evidências de que os processos da ACT foram responsáveis pelas mudanças (Vowles, McCracken, & Eccleston, no prelo).

Tricotilomania e Auto-Escoriações na Pele. Uma série de casos isolados controlados (Twohig & Woods, 2004) mostrou que a ACT, em combinação com a reversão de hábitos, auxilia na redução da tricotilomania. Tal estudo foi conduzido através de um pequeno teste randomizado (Woods, Wetterneck, & Flessner, 2006) comparando a ACT e a reversão de hábitos com uma lista de espera. Resultados significativamente positivos foram constatados para o arrancamento de cabelo, ansiedade e depressão, sendo eles mantidos no *follow-up* de três meses. Participantes da lista de espera também melhoraram quando posteriormente receberam tratamento com a ACT. Os dados do QQA também se alteraram e se correlacionaram bem aos resultados. Outro estudo de linha de base múltipla também demonstrou resultados similares para a prática de auto-escoriações na pele (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006).

Abuso de substâncias. Um abrangente (n=114) teste randomizado e controlado conduzido com indivíduos viciados em opióides e tratados com metadona (Hayes, Wilson et al., 2004) incluiu no seu escopo a opção de seus participantes manterem o analgésico (n=38), de serem tratados pela ACT (n=42) ou pelos elementos dos "Doze Passos" (ITSF; n=44). Não houve mudanças imediatas no pós-tratamento. Entretanto, no *follow-up* do sexto mês, os participantes que se submeteram à ACT apresentaram uma maior diminuição (medido pela urinálise) no uso de opióides do que os que apenas mantiveram a metadona, sendo que a ITSF não apresentou resultado algum. Os grupos tratados pela ACT e ITSF já possuíam níveis mais baixos no uso de drogas do que o grupo tratado com metadona apenas. Outro estudo de linha de base múltipla (Twohig, Shoenberger, & Hayes, no prelo) recentemente constatou que a ACT levou à redução do consumo de maconha em três pacientes. Contudo, dois deles tiveram alguma reincidência no *follow-up*.

Fumo. Em um teste randomizado e controlado que comparou as ACT com a Terapia de Substituição da Nicotina (NRT)

como métodos de cessação do fumo (Gifford et al., 2004), os índices de abandono ao cigarro fisiologicamente monitorados se mostraram similares no pós-tratamento, mas significativamente distintos em um *follow-up* de um ano. O grupo abordado pela ACT manteve seu índice de 35% enquanto o índice do grupo da NRT caiu para menos de 10%. Análises mediacionais mostraram que a ACT opera através de mudanças na aceitação e na flexibilidade psicológica.

Auto-ferimento. Um teste randomizado (Gratz & Gunderson, 2006) comparando a ACT e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) com tratamentos convencionais revelou resultados favoráveis à combinação das duas terapias para o tratamento do auto-ferimento e de outros distúrbios.

Doença Crônica. O trabalho com doenças crônicas é incipiente, mas os primeiros resultados se mostram relevantes. Em um teste randomizado e controlado, Gregg, Callaghan, Hayes e Glenn-Lawson (2007) constataram que a ACT, combinada com o monitoramento do paciente, foi significativamente mais positiva do que apenas o monitoramento para auto-controle e para melhores níveis de glicose sanguínea em pacientes com diabetes tipo 2. Os efeitos no *follow-up* foram mediados por mudanças no autocontrole e uma maior flexibilidade psicológica com relação aos pensamentos e sentimentos negativos relacionados ao diabetes.

Outro teste randomizado (Lundgren, Dahl, Melin, & Kees, 2006) revelou que 9 horas de tratamento - individual ou em grupo - com a ACT (comparada com terapias de apoio), reduziu a quase zero o nível de ataques e convulsões. Essa condição foi mantida por um ano, sendo que a qualidade de vida dos pacientes melhorou continuamente durante todo este período de *follow-up*.

Preconceito e estigma. Finalmente, três estudos mostraram que a ACT reduz o estigma e o preconceito. Um deles já foi anteriormente descrito na seção sobre o estresse e a síndrome de *Burnout*, uma vez que as reduções de cognições estigmatizantes tiveram um maior impacto nesta última. Em outro estudo (Lillis & Hayes, no prelo), estudantes de graduação que se matricularam em dois cursos sobre diferenças raciais tiveram conhecimento sobre a ACT e sobre a psicologia das diferentes etnias de um famoso livro texto. Esse duplo contato foi feito de forma contrabalanceada. Os resultados indicaram que apenas a intervenção com a ACT foi eficaz no aumento de intenções comportamentais positivas no pós-tratamento e em uma semana de *follow-up*. Essas mudanças foram associadas a outras auto-reportadas que se encaixavam no modelo ACT.

Por fim, um teste randomizado e controlado (Masdua et. al, no prelo) comparando a ACT e o monitoramento para a redução do estigma em relação a pessoas com problemas de saúde mental concluiu que aquela reduziu tal estigma independentemente dos níveis de flexibilidade psicológica dos participantes antes do tratamento, e que o monitoramento apenas diminuiu o estigma entre os participantes relativamente flexíveis e que não apresentavam objeções ao tratamento.

Teste dos Componentes da ACT

A maioria dos estudos sobre os elementos específicos da ACT examinou seu impacto sobre eventos aversivos, incluindo a dor, ansiedade, anseio por certos alimentos e pensamentos negativos. Alguns foram conduzidos apesar de certos problemas clínicos, tais como a não-predisposição de pessoas com transtornos do pânico de serem expostas à terapia (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004), mas a maioria deles foi realizada em populações análogas.

O primeiro estudo mostrou que a lógica da aceitação, a breve desfusão e os exercícios de aceitação delineados de um protocolo da ACT resultam em uma maior tolerância a dor do que uma lógica de controle desta e do que métodos de distração delineados de um tratamento cognitivo tradicional (Hayes et al., 1999). Muto, Tada, e Sugiyama (2002) replicaram este estudo e constataram que uma lógica de aceitação juntamente a dois

exercícios de desfusão ("Folhas no Riacho" e "Psicanalisando") geraram mais tolerância a dor do que uma palestra ou uma intervenção combinada e enfocada no controle. Outro estudo utilizou exercícios de defusão similares e obteve resultados semelhantes (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, & Fink, 2004).

Talvez o maior e melhor estudo randomizado controlado que replicou Hayes et al. (1999) tenha sido o de Masedoa and Esteve (2006). Comprovadas em um teste de constrição de veias, métodos de aceitação da ACT (lógica de aceitação, prática de conscientização da experiência e os exercícios "Passageiros no Ônibus" e "A Metáfora das Duas Balanças") aumentaram a tolerância à dor e diminuíram os índices quando comparadas com ambos os métodos de supressão baseados na cessação de pensamentos ou com os próprios artifícios dos participantes (como a distração e o relaxamento). Estes dois últimos métodos não diferiram entre si na análise principal.

Resultados semelhantes foram observados com sintomas relativos à ansiedade. Um estudo randomizado comparando estratégias de controle versus aceitação durante um teste de inalação de CO2 por sujeitos com ansiedade mostrou que um exercício orientado para a aceitação (exercício de armadilha para os dedos) reduziu a esquiva, os sintomas de ansiedade e cognições envolvidas nesta se comparado aos exercícios de inspiração (Eifert & Heffner, 2003). Outro estudo (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003) mostrou que sujeitos altamente esquivos emocionalmente apresentaram mais ansiedade ao reagirem com o CO2 e serem instruídos a suprimirem suas emoções. Em pacientes com transtorno do pânico, os métodos de aceitação (diretamente delineados de Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) foram mais profícuos do que as estratégias de controle (Levitt et al., 2004) quando da exposição ao CO2.

Um estudo semelhante com indivíduos que sofrem de desordens de ansiedade e humor revelou que métodos de aceitação levaram tanto a uma menor aceleração do coração durante a exibição de um filme aversivo quanto a um período de recuperação pós-filme mais confortável, se comparadas com as estratégias de controle aplicadas em outros pacientes com o mesmo problema (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006).

Os mesmos padrões básicos se aplicam ao combate aos pensamentos negativos. Masuda, Hayes, Sackett, and Twohig (2004) mostraram que em uma seqüência de delineamentos em séries de tempo e em um grupo de estudo, a técnica de desfusão 'leite, leite, leite' reduziu as perturbações e as crenças em pensamentos negativos auto-referenciais mais eficazmente do que as estratégias enfocadas no controle. Um estudo correlacional apontou para uma conexão entre a supressão de pensamentos pessoais intrusivos e um aumento desses pensamentos, das perturbações e da necessidade premente de se fazer algo acerca do problema (Marcks & Woods, 2005). Aqueles que eram mais receptivos aos pensamentos negativos estavam menos obcecados, deprimidos ou ansiosos. Em um segundo experimento da mesma publicação, estes autores constataram que as instruções para a supressão levaram a um nível elevado de perturbações, enquanto orientações para a aceitação (com o uso de pequenas metáforas propostas por Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) reduziram o desconforto, mas não a freqüência de pensamentos.

Um estudo recente estendeu esses achados ao anseio alimentar (Forman et al., no prelo). Noventa e oito participantes com anseio por chocolate receberam tratamento através de um conhecido protocolo da terapia cognitiva, do protocolo da ACT ou não foram tratados de forma alguma. Eles então levaram chocolate em um estojo transparente por dois dias. Aqueles mais afetados pelo anseio antes do estudo comeram menos e tiveram menos desejo pelo alimento após a ACT do que após os outros dois procedimentos.

Resumo e Implicações

Os métodos da ACT parecem apre-

sentar resultados mais abrangentes que se relacionam ao modelo da terapia. Até o presente momento, e pela primeira vez na literatura psicoterapêutica, estudos mediacionais e consistentemente positivos são compatíveis aos também positivos resultados clínicos.

Essa situação gera uma oportunidade: agora torna-se possível examinar as aplicações aos distúrbios e averiguar se a ACT se relaciona a eles. Se a resposta for positiva, pode-se assim prever que seus métodos de intervenção farão diferença. Apresentando um exemplo mais extenso, enfocaremos agora a atenção em um grave problema de ordem mental: a prevenção do suicídio. Primeiro consideraremos o que é conhecido sobre tal prevenção (especialmente entre os jovens) e então abordaremos a questão pela ACT.

Prevenção do Suicídio: Abordagens Correntes e Evidências

Existe uma carência de estudos metodologicamente bem fundamentados para a prevenção do suicídio em geral, uma vez que a maioria deles não apresenta controles e dados úteis na detecção de práticas baseadas na identificação de evidências (Rodgers, et al., 2007). Programas de prevenção ao suicídio (CDC, 1994) adotam duas principais abordagens: *estratégias de detecção de casos* e *programas de redução de fator de risco.* O primeiro envolve o monitoramento, o treinamento de identificação e o exame sistemático e é baseado na noção de que os estudantes propensos ao suicídio tendem a não ser devidamente identificados, sendo tal necessário, além do encaminhamento ao tratamento. O segundo atua nos diferentes insumos que poderiam levar os estudantes a cometerem o suicídio, promovendo assim o treinamento de habilidades, a educação relacionada à mídia, a restrição de meios para a consumação do suicídio e intervenções em crises (CDC, 1994).

Estratégias de Detecção de Casos

Programas de monitoramento do suicídio têm apresentado resultados mistos (Gould & Kramer, 2001; Portzky, 2006), pois ora veiculam um aumento do conhecimento, das mudanças de atitude e da procura de auxílio (Abbey et al., 1989; Cliffone, 1993; 2007; Kalafat & Elias 1994; Kalafat & Gagliano, 1996; Portzky, 2006; Spirito et al., 1988), ora não produzem efeito algum (Shaffer et al., 1990, 1991; Vieland et al., 1991) e ora produzem até mesmo efeitos iatrogênicos (Overholser, Hernstreet, Spirito & Vyse, 1989; Garland & Zigler, 1993; Kalaft & Elias, 1994; Shaffer et al., 1990; Shaffer et al., 1991). Da mesma forma, programas de educação na mídia apresentam tanto resultados positivos (Etzersdorfer et al., 1992; Sonneck, Etzersdorfer, & Nagel-Kuess,1994) quanto negativos (Velting & Gould, 1997).

Treinamentos de monitores para identificarem os indivíduos com risco de suicídio e encaminhá-los ao tratamento parecem influir no conhecimento e atitudes com relação a este, nas habilidades de encaminhamento e nos encaminhamentos em si (Garland & Zigler, 1993; Mackesy-Amiti, Fendrich, Libby, Goldenberg & Grossman, 1996; Shaffer, 1988). Contudo, as evidências de redução na taxa de suicídio são limitadas (Kalafat, 2000). Estudos que avaliam fatores relacionados ao suicídio que atingem diretamente adolescentes e jovens adultos (incluindo ideação suicida e uso de substâncias) intensificam os cuidados para com estudantes de escolas do nível médio (Reynolds,1991; Shaffer & Craft, 1999; Shaffer et al., 2004) e superior (Joffe, 2003). Entretanto, há o risco de falsos positivos (Shaffer & Craft, 1999; Shaffer et al., 2004) e o êxito do programa depende, em última instância, da eficácia do tratamento fornecido para os indivíduos identificados (Gould & Kramer, 2001). Sendo os recursos do tratamento geralmente limitados, a identificação de casos pode atrasar ou tolher os cursos de tratamento (Schwartz, 2006). Como uma indicação do problema, os índices de suicidalidade identificados por esses métodos (já apresentados previamente) geralmente intrigam e confundem os membros das instituições de saúde, o que resulta em seu abandono ao programa (Hallfors et al., 2006).

Estratégias de Treinamento de Habilidades

No intuito de reduzir a probabilidade de suicídio, o treinamento de habilidades promove a solução de problemas de forma saudável, além de aprimor o relacionamento interpessoal e a capacidade de lidar com situações. Há evidências positivas principalmente no ambiente escolar (Eggert, Thompson, Herting & Nicholas, 1995; Klingman & Hochdorf, 1993; LaFramboise & Howard-Pitney, 1995; Zenere & Lazarus, 1997; Orbach & Bar-Joseph, 1993).

Alguns estudos utilizaram a combinação entre o treinamento de habilidades e as estratégias de detecção de casos. Uma recente crítica de Rodgers et al. (2007) identificou três promissoras associações: *C-CARE/CAST* (Thompson, Eggert, Randell & Pike), *SOS* (Aseltine & DeMartino, 2004), e *Reconnecting Youth* (Thompson, Eggert & Herting, 2000). Entretanto, Halfors et al. (2006) não foram capazes de replicar os pressupostos da prática *Reconnecting Youth* em um teste de eficácia, encontrando inclusive evidências de efeitos iatrogênicos. Ainda, todos esses estudos enfocaram-se apenas em um subgrupo de problemas (principalmente a depressão) que poderiam levar à suicidalidade.

Em suma, apesar da relevância da questão do suicídio, as evidências empíricas concernente às intervenções preventivas são um tanto limitadas. Estratégias de treinamento de habilidades vislumbram mais êxito, mas ao serem implementadas, objetivam atingir apenas um número limitado de fatores que supostamente previnem o suicídio e sua ideação, não sendo ainda comprovada a factual redução desses índices por testes randomizados devidamente conduzidos.

O Desafio da Prevenção do Comportamento Suicida

O estudo da prevenção do suicídio e sua idealização se mostra complexo por diversas razões, as quais incluem o baixo índice de suicídios consumados em determinada população (Goldney, 2005), a dificuldade em se definir operacionalmente a suicidalidade e comportamentos associados (O'Carrol, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, e Silverman, 1996; Silverman, 2006) e o estigma associado ao suicídio (Lester & Walker, 2006). Entretanto, o principal desafio seja talvez o número de vias que possam conduzir ao mesmo (Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2004).

Múltiplas Vias ao Suicídio e a sua Ideação

O suicídio e sua idealização não são uma síndrome específica com uma etiologia reduzida e difundida. As causas associadas ao seu aumento perpassam um extenso escopo de problemas físicos e comportamentais, incluindo o abuso de álcool e drogas (Mean et al., 2005), transtornos afetivos (Moscicki, 2001), transtornos de ansiedade (Sareen, Houlahan, Cox, & Asmundson, 2005), transtornos do pensamento (Siris, 2001), problemas no relacionamento social (Helliwell, 2007) e algumas enfermidades de ordem física (e.g., Tang & Crane, 2006). Incluiremos brevemente um grupo de problemas para documentar essa assertiva e deliberadamente excluiremos desordens relacionadas ao humor e à depressão. Uma revisão crítica abrangente poderia ser tecida em várias páginas, mas o escopo de problemas que podem levar ao suicídio e ao comportamento suicida é por demasiado amplo.

Abuso de Substâncias. Mais de 40% dos indivíduos que tentam o suicídio possuem alguma desordem oriunda do consumo de substâncias entorpecentes (Fleischmann, Bertolote, Belfer, & Beautrais, 2005; Mean et al., 2005). Até 40% dos pacientes em programas de manutenção com metadona possuem um histórico com pelo menos uma tentativa (Darke & Ross, 2001). Quase 5% dos estudantes reportaram que contemplaram o suicídio por causa do álcool e 1,3% de fato atentaram contra a própria vida (Presley, Cheng, & Pimenel, 2004).

Psicose. Pacientes com sintomas psicóticos possuem níveis significativamente maiores de ideações suicidas até mesmo quando submetidos a tratamentos para depressão,

abuso de drogas, deseperança e solução de problemas sociais (Warman, Forman, Henriques, Brown, & Beck, 2004). Entre 20 e 50% dos que foram diagnosticados como esquizofrênicos farão uma tentativa, e até 10% consumarão o fato (Siris, 2001).

Dor crônica. A morte por suicídio é duas vezes maior dentre aqueles que sofrem de dores crônicas do que dentre aqueles sem tal diagnóstico até mesmo após o controle da depressão (Tang & Crane, 2006). A ideação suicida é de duas a três vezes superior (Magni, Rigatti-Luchini, Fracca, & Merskey, 1998).

Transtornos de Ansiedade. Dados da Pesquisa Nacional de Comorbidade apontam que o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD) se associa a índices de ideação e tentativas de suicídio que são quase 3 vezes superiores ao normal (Sareen et al., 2005). Em crianças, adolescentes e jovens adultos, um único transtorno de ansiedade de qualquer tipo aumenta a probabilidade de ideação suicida em oito vezes e o índice de tentativas em quase seis vezes (Boden, Fergusson, & Horwood, 2007). O controle de desordens mentais e fatores estressantes concomitantes reduziram, mas não eliminaram essas relações.

Epilepsia, Diabetes e Outras Doenças Crônicas. O suicídio é uma das principais causas de morte entre pacientes com epilepsia (Nilsson, Ahlbom, Farahmand, Asberg, & Tomson, 2002), com um índice 10 vezes superior ao grupo de risco em geral (Jones et al., 2003). Este risco elevado se mostra presente mesmo após o tratamento de fatores psiquiátricos, demográficos e sócio-econômicos (Christensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius, & Agerbo, 2007). Outras doenças físicas crônicas apresentam efeitos semelhantes. Por exemplo, jovens com diabetes mellitus que dependem de insulina apresentam índices de ideação suicida consideravelmente mais altos (Goldston, Kovacs, Ho, Parrone, & Stiffler, 1994).

Síndrome de Burnout. O Síndrome de Burnout no trabalho leva à desesperança e à suicidalidade, segundo Pompili et al. (2006).

Estresse. Fatores de estresse elevam significativamente a suicidalidade entre os adolescentes (Cheng & Chan, 2007).

Obesidade. Nas mulheres, dados do *National Mortality Followback Survey* mostraram que os índices de massa corporal podem levar à suicidalidade (Stack & Lester, 2007).

Há ainda uma longa lista de fatores não mencionados. Analisando tais evidências, Bertolote et al. concluíram que " estratégias anti-suicidas que enfocam exclusivamente na identificação e tratamento da depressão precisam ser revistas. Ainda, outros transtornos mentais devem ser abordados (...) Mais ênfase deve ser atribuída às intervenções psicosociais e do meio para diminuir e contrabalançar o estresse" (2004, p. 147). Uma recente crítica dos dados sobre a prevenção do suicídio similarmente concluiu que os esforços de prevenção devem detectar uma forma de "almejar os distúrbios mentais como um todo" e "considerar os fatores contextuais" (Fleischmann et al., 2005, p. 676).

Uma Abordagem de Centro Comum Baseado na ACT

Se existisse um processo de centro comum que abarcasse a larga variedade de meios de se diagnosticar o suicídio e sua idealização, este seria possivelmente alterado e então reduziria o impacto comportamental de problemas concomitantes a estes dois. Esta não é uma idéia nova (e.g., Gray & Otto, 2001), mas os fatores que podem ser abordados necessitam passar por critérios rígidos de controle para assegurar sua eficácia. Para que os processos para a prevenção do suicídio sejam completamente aproveitados, estes precisam a) agir em vários se não na maioria dos meios que levam ao suicídio, b) ser maleáveis e c) influenciar os resultados mesmo quando alterados. Os processos da ACT para esquiva de experiência (Hayes et al., 1996), fusão cognitiva e inflexibilidade psicológica se encaixam nessa descrição.

Um Modelo Estresse-Diátese nos Processos da ACT

Mesmo sendo traçadas distinções en-

tre os processos da ACT de pesquisa, operação e medição (e.g., Hayes, Strosahl et al., 2004), existe uma interface entre eles e outros vários conceitos intimamente relacionados, incluindo a falta de tolerância a distúrbios (Brown, Lejuez, Kahler, & Strong, 2002), supressão cognitiva e emocional (e.g., Wenzlaff & Wegner, 2000), entrelaçamento cognitivo, inflexibilidade e fusão (Hayes et al., 2006; Maris, 2002). Alguns destes foram especificamente mencionados por pesquisadores do suicídio como elementos frutíferos a serem explorados (e.g., Gray & Otto, 2001; Maris, 2002) principalmente com jovens (Brent et al., 2006). Neste artigo, utilizaremos o termo "inflexibilidade psicológica" para se referir a todo esse compêndio de problemas e listaremos outros componentes do modelo.

A inflexibilidade psicológica está associada a uma vasta gama de problemas psicológicos e comportamentais, incluindo o abuso de substâncias, depressão, ansiedade, transtornos de pensamento, superação de experiências traumáticas, adaptação a condições médicas crônicas, desempenho escolar e no trabalho e síndrome de *Burnout* (Hayes et al., 1999). Uma recente meta-análise (Hayes et al., 2006) mostrou que o AAQ registrou uma variação geral de 16 a 25% dos problemas de saúde comportamental .

Esta inflexibilidade pode representar uma diátese ao tornarem os indivíduos mais susceptíveis a uma larga variedade de fatores de estresse. Se não há estresse, o indivíduo com predisposição a evitar pensamentos e sentimentos desconfortantes provavelmente terá poucos problemas. Contudo, ao se deparar com uma situação turbulenta, este poderá se prender a esforços que se auto-expandem para a supressão de pensamentos e sentimentos indesejáveis, exacerbando assim o problema.

Vários estudos estão em consonância com esta idéia. Por exemplo, Greco et al. (2005) constataram que a esquiva de experiência mediou a relação entre o estresse provocado por um nascimento prematuro e a adaptação ao trauma pelos pais, independente do nível de apoio social ou do temperamento da criança. Em uma série de estudos, McCracken e equipe (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004) observaram que o evitamento da dor e o entrelaçamento com pensamentos relacionados a esta desenvolveu um deficiente ajustamento à dor crônica, mesmo sendo inferior sua intensidade ou a gravidade do ferimento físico. Níveis mais baixos de esquiva estavam associados a uma menor ansiedade e evitamento de experiências gerados pela dor, a um menor nível de depressão, de incapacidade física e psicosocial e a um maior nível de produção diária e de qualidade no trabalho. Observações similares foram feitas concernentes ao trauma adulto e ao abuso sexual infantil (Marx & Sloan, 2002; Rosenthal, Rasmussen-Hall, Palm, Batten, & Follette, 2005), ao combate a violência (Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004) e outras formas de estresse (Marx & Sloan, 2005; Plumb et al., 2004). Estes processos podem explicar as relações entre a incapacidade psicosocial e fatores de temperamento, como crises emocionais (Sloan, 2004), além de fatores de estresse psicosociais tais como a violência enfrentada pelo jovem da periferia e/ou de zonas pobres (Dempsey, 2002; Dempsey, Overstreet, & Moely, 2000).

Por acidente, genética ou desvantagem social, alguns indivíduos podem se defrontar com níves mais altos de dor psicológica e perturbações do que outros indivíduos. Em tais circunstâncias, padrões de esquiva de experiência e desfusão cognitiva criam processos emocionais e cognitivos que se autoexpandem, nos quais esforços para controlar ou suprimir sentimentos e pensamentos indesejáveis apenas os agravam. Em sua essência, a diátese psicológica da inflexibilidade (que por si só aparentemente não gera bons resultados) parece estabelecer forte interação com o estresse e suas várias fontes (violência, perda, desafios de vida, dor, racismo, etc.), criando assim altos níveis de dificuldades psicológicas e comportamentais.

Suicídio e Esquiva de Experiência. O suicídio em si pode ser visto com uma forma ex-

trema de esquiva de experiência (Baumeister, 1990; Chiles & Strosahl, 2005): quando todos os outros artifícios para lidar com um intolerável nível de dor não geram resultados, o indivíduo pode ser levado a optar pela última escapatória. Um estudo conduzido por Baumeister (1990) comprovou que a grande maioria das notas de suicídio descrevem a libertação emocional como o objetivo final do auto-aniquilamento, sendo que o "suicídio pode então ser vislumbrado como o último passo na tentativa de escapar de si" (p. 90). O mesmo procedimento é visto em formais não-letais de auto-ferimento. Por exemplo, Andover et al. (2006) constataran que estudantes universitários que se auto mutilavam se esquivavam emocionalmente com mais freqüência do que estudantes que não se auto feriam. Chapman, Gratz & Brown (2006) forneceram evidências diretas de que o auto-ferimento se correlaciona com a esquiva de experiência. Dados deste tipo auxiliam na relação entre elementos da análise aqui apresentada. A questão não é apenas que a esquiva de experiência crie condições para o surgimento de problemas clínicos que conseqüentemente podem levar ao suicídio, mas que a suicidalidade seja a última expressão dos possíveis meios para se lidar com problemas.

ACT, Mediação e Suicidalidade

Há uma considerável diferença entre demonstrar que as atitudes da esquiva de experiência, a disfusão cognitiva ou a inflexibilidade psicológica gerem resultados negativos e mostrar que este quadro pode ser revertido com êxito, inclusive gerando outros resultados. Como já apresentado, o papel mediador das mudanças nesse processo com a ACT já foi apreciado em vários estudos que contemplaram áreas como a depressão, o estresse, a síndrome de *Burnout*, a ansiedade, a psicose, a dor, o tratamento de doenças, o controle de peso, o estigma e o fumo (Hayes et al., 2006). Assim, dado que a inflexibilidade psicológica é um fator contribuinte para a maioria dos problemas que levam à suicidalidade, e considerando que a ACT os alteram e que os seus resultados são mediados por essas mudanças, parece provável que a terapia poderia ser usada como uma intervenção preventiva para frear as tendências que culminam na suicidalidade.

A ACT também pode ser bem empregada como uma intervenção preventiva por outra razão: ela é baseada na idéia de que processos cognitivos normais podem resultar em distúrbios quando não balanceados pela aceitação, conscientização e habilidades baseadas em valores. O enfoque da ACT na clarificação de valores também é importante para todos, sendo que a normalização da esquiva de experiência e da fusão cognitiva veiculam a mensagem de que "estamos todos no mesmo barco" (Hayes et al, 1999). Esta abordagem não patológica, não geradora de culpa e baseada em valores pode elevar a ACT como terapia de prevenção em determinadas situações.

Há evidências primeiras de que a ACT será útil em um contexto de prevenção. Em um teste randomizado com 204 estudantes do nível médio, Livheim (2004) constatou que uma intervenção de 9 horas com a ACT reduziu drasticamente o nível de depressão e ansiedade, quando comparada com a psicoeducação. O resultado foi mantido após um *follow-up* de dois anos (Jakobsson & Wellin, 2006; Livheim, 2004).

Conclusão

Descrevemos neste artigo o modelo psicopatológico e de intervenção ACT e RFT, além de apresentar evidências que até o presente momento validam ambas. Os princípios comportamentais na área da cognição não são estendidos de forma desconexa, mas através de uma abordagem precisa e sistemática. O artigo ainda brevemente explora os tipos de benefícios que podem ser gerados em outros novos domínios, como na prevenção do suicídio e sua ideação.

Por serem calcadas em evidências, torna-se provável que a ACT e a RFT, por um longo período de tempo, farão parte do cená-

rio terapêutico, inclusive em países de língua portuguesa. Assim, este artigo foi escrito no intuito de despertar o interesse e um sério envolvimento de profissionais e pesquisadores falantes do idioma para a presente terapia.

A amplitude que tal abordagem pode atingir na pesquisa aplicada e básica dependerá não apenas da adequação de tais idéias, mas também de sua capacidade de atrair pesquisadores e terapeutas em todo o mundo, uma vez que a terapia representa um sistema aberto, sendo que sua evolução depende de contribuições e desenvolvimentos substanciais, e não de hierarquias.

Referências Bibliográficas

Abbey, K., Madsen, C., & Polland, R. (1989). Short-term suicide awareness curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior , 19,* 216-227.

Andover, M. S. (2006). *Self-mutilation and suicide attempts in psychiatric inpatients.* NewYork: ProQuest Information & Learning.

Aseltine, R. H. Jr., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health, 94,* 446–451.

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (5), 1129-1139.

Bach, P. & Moran, D. J. (in press). *ACT in practice.* Oakland, CA: New Harbinger.

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Smeets, P. M. (2004). Establishing relational responding in accordance with opposite as generalized operant behavior in young children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 559-586.

Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97(1),* 90- 113.

Berens, N. M., & Hayes, S. C. (2007). Arbitrarily applicable comparative relations: Experimental evidence for a relational operant. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40,* 45-71.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25,* 147-155.

Blackledge, J. T. & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy, 28 (1),* 1-18.

Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine, 37,* 431-440.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5,* 156-163.

Brent, D. A. & Mann, J. J. (2006). Familial Pathways to Suicidal Behavior: Understanding and Preventing Suicide among Adolescents. *New England Journal of Medicine, 355,* 2719-2721.

Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. R. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology, 111(1),* 180-185.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1251-1263.

Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Programs for the prevention of suicide

among adolescents and young adults; and Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 43(RR-6),* 1-18

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 371-394.

Cheng, S. T. & Chan, A. C. M. (2007). Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37,* 187-196.

Chiles, J. A. & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Christensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P. B., Sidenius, P., & Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurology, 6*, 693-698.

Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents. *Social Work, 38,* 196-203.

Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work, 52(1),* 41-49.

Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-802.

Darke, S. & Ross, J. (2001). The relationship between suicide and heroin overdose among methadone maintenance patients in Sydney, Australia. *Addiction, 96,* 1443-1453.

Dempsey, M. (2002). Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 72,* 102-109.

Dempsey, M., Overstreet, S., & Moely, B. (2000). "Approach" and "avoidance" coping and PTSD symptoms in inner-city youth. *Current Psychology, 19,* 28-45.

Dougher, M. J., Hamilton, D., Fink, B. & Harrington, J. (in press). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior.*

Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25,* 276-296.

Eifert, G. H. & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland, CA: New Harbinger.

Eifert, G. H. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34,* 293-312.

Etzersdorfer, E., Sonneck, G., & Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *New England Journal of Medicine, 327,* 502-503.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry, 75,* 676-683.

Follette, V. M. & Pistorello, J. (2007). *Finding life beyond trauma: Using Acceptance and Commitment Therapy to heal from post-traumatic stress and trauma-related problems.* Oakland, CA: New Harbinger.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (in press). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification.*

Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Bradsma, L. L., & Lowe, M. R. (in

press). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy.*

Forsyth, J. P. & Eifert, G. H. (in press). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety.* Oakland, CA: New Harbinger.

Garland, A. F., & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist, 48,* 169-182.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006b). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34,* 497-502.

Gaudiano, B.A., & Herbert, J.D. (2006a). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 415-437.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M.., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy, 35,* 689-705.

Goldney, R.D. (2005). Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26(3),* 128-140.

Goldston, D. B., Kovacs, M., Ho, V. Y., Parrone, P. L., & Stiffler, L. (1994). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Youth with Insulin-Dependent Diabetes-Mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 240-246.

Gould, M.S., & Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31,* 6-31.

Gratz, K. L. & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy, 37,* 25-35.

Gray, S. M. & Otto, M. W. (2001). Psychosocial approaches to suicide prevention: Applications to patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62,* 56-64.

Greco, L. A., Heffner, M., Poe, S., Ritchie, S., Polak, M. & Lynch, S. K. (2005). Maternal adjustment following pre-term birth: Contributions of experiential avoidance. *Behavior Therapy, 36,* 177-184.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(2),* 336-343.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., & Hayes, S. C. (2007). *The diabetes lifestyle book.* Oakland, CA: New Harbinger.

Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy, 35*, 767-784.

Hallfors, D., Brodish, P.H., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H. & Sleekier, A. (2006). Feasibility of screening adolescents for suicide risk in 'real-world' high school settings. *American Journal of Public Health, 96(2),* 282-287.

Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (2005) (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy.* New York: Springer-Verlag.

Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. Behaviorism, 12, 99-110.

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

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Teoria do Marco Relacional: A post-Skinnerian account of human language and cognition.* New York: Plenum Press.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello,

J., Rye, A. K., Berry, K. & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional síndrome de Burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy, 35,* 821-835.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004) (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition.* New York: Guilford Press.

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

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35,* 35-54.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54,* 553-578.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*, 667-688.

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.

Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record, 49,* 33-47.

Helliwell, J.F. (2007). Well-being and social capital: Does suicide pose a puzzle? Social Indicators Research, 81(3), 455-496.

Jakobsson, C. & Wellin, J. (2006). *ACT Stress i skolan: En tvåårsuppföljning av interventionsbehandlingen.* Unpublished doctoral dissertation, University of Uppsala, Sweden.

Joffe, P. (2003, February 16). *An empirically supported program to prevent suicide among a college population.* Presented at Stetson College of Law Twenty Fourth Annual National Conference on Law and Higher Education, Deland, FL.

Jones, J. E., Hermann, B. P., Barry, J. J., Gilliam, F. G., Kanner, A. M., & Meador, K. J. (2003). Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy and Behavior, 4,* S31-S38.

Kalafat, J. & Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26(4),* 359-364.

Kalafat, J., & Elias, M. (1994). An evaluation of adolescent suicide intervention classes. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*, 224-233.

Klingman, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence, 16,* 121-140.

LaFromboise, T. D. & Howard-Pitney, B. (1995). *Suicidal behavior in American Indian female adolescents.* New York: Springer.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (in press). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*.

Lester, D. & Walker, R.L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide

prevention efforts. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27(3),* 147-148

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.

Lillis, J. & Hayes, S. C. (in press). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice: A pilot study. *Behavior Modification*.

Livheim, F. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy i skolan - att hantera stress: En randomiserad, kontrollerad studie*. Unpublished doctoral dissertation, University of Uppsala, Sweden.

Luciano, C., Becerra, I. G., & Valverde, M. R. (in press). The formation of generalized listener behavior and equivalence relations in an infant, from 15 months 24 days to 24 months. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*.

Lundgren, A. T., Dahl, J., Melin, L. & Kees, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa. *Epilepsia, 47,* 2173-2179.

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

Mackesy-Amiti, M.E., Fendrich, M., Libby, S., Goldenberg, D., & Grossman, J. (1996). Assessment of knowledge gains in proactive training for post intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*, 161-174.

Magni, G., Rigatti-Luchini, S., Fracca, F., & Merskey, H. (1998). Suicidality in chronic abdominal pain: an analysis of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey (HHANES). *Pain, 76,* 137-144.

Marcks, B. A. & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 433-445.

Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet, 360,* 319-326.

Marx, B. P. & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy, 33,* 563-577.

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 569-583.

Masedoa, A. I. & Esteve. M. R. (2006). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 199-209.

Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., Twohig, M. P., & Lillis, J. (in press). The impact of Acceptance and Commitment Therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*.

Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy, 42,* 477-485.

McCracken, L. M, Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long-standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 1335-1346.

McCracken, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74,* 21-27.

McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain, 105,* 197-204.

McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component

analysis and a revised assessment method. *Pain, 107,* 159-166.
McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: A developmental profile. *The Psychological Record, 54,* 115-144.
Mean, M., Righini, N. C., Narring, F., Jeannin, A., & Michaud, P. A. (2005). Substance use and suicidal conduct: A study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation. *Acta Paediatrica, 94,* 952-959.
Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1,* 310-323.
Muto, T., Tada, M., & Sugiyama, M. (2002). Acceptance rationale and increasing pain tolerance: Acceptance-based and FEAR-based practice. *Japanese Journal of Behavior Therapy, 28,* 35-46.
Nilsson, L., Ahlbom, A., Farahmand, B. Y., Asberg, M., & Tomson, T. (2002). Risk factors for suicide in epilepsy: A case control study. *Epilepsia, 43,* 644-651.
O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., & Silverman, M. (1998). *Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology*. New York: Plenum.
Orbach, I., & Bar-Joseph, H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*, 120-129
Overholser, J. C., Hemstreet, A. H., Spirito, A., & Vyse, S. (1989). Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal experience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 925-930
Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35,* 245-257.
Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from síndrome de Burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing, 20,* 135-143.
Portzky, G. & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(9),* 910-918.
Presley, C., Cheng, Y., & Pimenel, E. (2004). *Alcohol and drugs on American college campuses: A report to college presidents* (4th in a series). Carbondale, IL: The Core Institute.
Reynolds, W. M. (1990). Development of a semi-structured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological Assessment, 2,* 382-390.
Robinson, P. & Strosahl, K. (in press). *Acceptance and mindfulness workbook for depression*. Oakland, CA: New Harbinger.
Rodgers, P.L., Sudak, H.S., Silverman, M.M. & Litts, D.A. (2007). Evidence-based practices project for suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(2),* 154-164.
Sareen, J., Houlahan, T., Cox, B.J., & Asmundson, G.J.G. (2005). Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193,* 450-454.
Schwartz, A.J. (2006a). Four eras of study of college student suicide in the United States: 1920–2004. *Journal of American College Health, 54(6),* 353-366.
Schwartz, A.J. (2006b). College student suicide in the United States: 1990–1991 through 2003–2004. *Journal of American College Health, 54(6),* 341-352
Shaffer, D., & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 70-74.
Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,*

675-687.

Shaffer, D., Garland, A., Vieland,V., Underwood, M.,& Busner,C. (1991). The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 588-596.

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., et al. (2004). The Columbia TeenScreen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 1–9.

Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas,M., Underwood, M.M., & Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters. Response to suicide-prevention programs. *Journal of the American Medical Association, 264,* 3151-3155.

Silverman, M. M. (2006). The language of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36,* 519-532.

Siris, S. G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology, 15,* 127-135.

Sloan, D. M. (2004) Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 42,* 1257-1270.

Sonneck, G., Etzersdorfer, E., & Nagel-Kuess, S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine, 38,* 453-457.

Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J., & Benedict-Drew, C. (1988). Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 6,* 705-711.

Stack, S. & Lester, D. (2007). Body mass and suicide risk. *Crisis, 28(1),* 46-47.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Does field based training in behavior therapy improve clinical effectiveness? Evidence from the Acceptance and Commitment Therapy training project. *Behavior Therapy, 29,* 35-64.

Tang, N.K.Y. & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine, 36*, 575-586.

Thompson, E. A., Eggert, L. L., & Herting, J. R. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior, 30,* 252-271.

Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P.,& Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health, 91,* 742-752.

Twohig, M. & Woods, D. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy, 35*, 803-820.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1513-1522.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37,* 3-13.

Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (in press). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis.*

Velting, D. M. & Gould, M. S. (1997). *Suicide contagion.* New York: Guilford.

Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R., & Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 811-815.

Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (in press). Processes of behavior change in interdisciplinary treatment of chronic pain: Contributions of pain intensity, catastrophizing, and acceptance. *European Journal of Pain.*

Walser, R. D. & Westrup, D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems.* Oakland, CA: New Harbinger.

Warman, D. M., Forman, E. M., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). Suicidality and psychosis: Beyond depression and hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34,* 77-86.

Wenzlaff, E. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51,* 59-91.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006) A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 639-656.

Zenere, F. J., III, & Lazarus, P. J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 4,* 387-403.

Zettle, R. D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for depression.* Oakland, CA: New Harbinger.

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4,* 30-38.

Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) versus systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record, 53,* 197-215.

Zettle, R. D., & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45,* 438-445.

Recebido em: 15/10/2007
Primeira decisão editorial em: 25/10/2007
Versão final em: 01/11/2007
Aceito para publicação em: 10/01/2008