



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Terapia de Aceitação e Compromisso e Validação do Acceptance and
Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em
Psicoterapia**

Leonardo Martins Barbosa

Brasília, 2013



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições
para a Avaliação de Processo na Terapia de Aceitação e Compromisso**

Leonardo Martins Barbosa

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila Giardini Murta

Brasília, 2013

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília,
sob a orientação da Professora Doutora Sheila Giardini Murta.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Fabio Iglesias
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Pontificia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern
Universidade de Brasília – UnB

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação à vida, que ainda não é um caso esclarecido. Se fosse, talvez perdesse a graça.

“Quem se arrima à rosa
não tem sombra.

Eu busquei a beleza
E o sol me queima.”

Pablo Antonio Cuadra (trad. de Manuel Bandeira)

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é fruto da colaboração de muitas pessoas. Gostaria de agradecer diretamente a algumas que participaram mais diretamente, mas acredito que todos aqueles com quem convivo tem participação aqui.

Agradeço a minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Sheila Giardini Murta, minha principal credora. Obrigado pela confiança e por ser um modelo de pessoa e pesquisadora. Não tenho palavras para descrever sua influência sutil e precisa sobre o meu amadurecimento pessoal e acadêmico nesses dois anos.

Aos meus pais, principalmente à Dona Neuza, por me colocarem no mundo e por terem resistido bravamente aos desafios que somente os filhos sabem criar.

Aos meus irmãos, principalmente à Andréia, pelo apoio incondicional.

À tia Nelci, que desde sempre confiou e investiu na minha formação educacional. Tia, não sei bem o que te motivou, mas sua confiança teve impacto maior do que geralmente consigo expressar.

À Ana Paula e ao Leo, que me deram o primeiro livro que li durante o mestrado. Embora tenha desistido de estudar estresse, o primeiro livro a gente nunca esquece.

Aos amigos que representam metade do sentido da minha vida: Lu e Tiago, Fê e Alisson, Zê, Ricardo Sampaio, Filipe, Karina, Virgínia, Rodolfo e Isabel, Bruno e Juliana, Artur e Dani, Rodrigo e Clarissa. Sem vocês eu não seria quem sou hoje e a vida seria um lugar menos interessante.

Ao Fabio, pela programação de sábado: almoço com sobremesa e vídeo game. Sem a sua inspiração e insistência eu sequer teria retomado a vida acadêmica. E agradeço principalmente por ser um segundo irmão, isso não tem preço. E à Paty, pela sua paciência e tolerância às maratonas intermináveis de jogos.

Aos colegas que conheci durante o curso: Jordana, Cris, Sâmia, Janaína, Arthur e Karine. Descobri que preciso trabalhar em grupo e vocês têm sido companhia fundamental.

A todos que gentilmente me ajudaram na coleta de dados por todo o país: Mathieu, Denilson, Solange Alfinito, Cris, Patty, Gustavo Tozzi, Ângela Lechuga, Professora Flávia, Marianna Braga, Adriana Benevides, Marck Torres, Zenith, Michaela Saban, Hilma Khouri, Jean Carlos e Juliany. Vocês também são responsáveis pelo Estudo 3.

A todos os pesquisadores que dedicaram seu tempo e competência para redigir os livros e artigos que consultei. Provavelmente nunca nos conheceremos, mas sinto muita gratidão pela qualidade e generosidade do seu trabalho.

À Microsoft, pelo xBox, um meio de evitação incansável e relativamente saudável.

Ao Ministério da Educação, que tortamente fortaleceu minha coragem de seguir meus sonhos, mesmo que isso me custasse dinheiro. E, ao mesmo tempo, exemplificando o que se tornou meu objeto de estudo durante o mestrado, o sentido que damos às coisas tem mais implicações do que as coisas próprias.

Aos cursos que abandonei: terapia comunitária, abordagem centrada na pessoa, massagem ayurvedica, acupuntura, análise bioenergética e EMDR. Por sete anos, desde o quinto semestre da graduação, procurei uma orientação terapêutica com a qual me identificasse. Não encontrei, mas conquistei uma formação abrangente e desenvolvi habilidades muito distintas e complementares.

À terapia de aceitação e compromisso. Depois desses anos de tentativas, quando finalmente desisti de procurar e optei por me dedicar a uma orientação eclética, descobri a terapia de aceitação e compromisso, que reúne características essenciais das abordagens que conheci e traz contribuições únicas. Finalmente eu tenho uma resposta quando me perguntam que abordagem eu utilizo, apesar de precisar explicar a resposta.

À Universidade de Brasília (UnB), feita de concreto exposto, céu limpo e ar seco.
Estar na UnB é estar em casa.

Finalmente, à Bárbara. Linda, obrigado por existir. Você é mais do que consigo
entender, por isso apenas me rendo e te acompanho na vida que você me oferece. Te amo.

E, por último, à vida. Obrigado por tudo que me oferece.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
LISTA DE SIGLAS.....	xii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	xiv
APRESENTAÇÃO	xv
MANUSCRITO 1.....	19
MANUSCRITO 2.....	39
MANUSCRITO 3.....	67
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	92
ANEXO	93

LISTA DE TABELAS

Artigo 3

Tabela 1. Resultados da PAF e do teste de confiabilidade do AAQ-II – versão brasileira

Tabela 2. Correlações Entre FP e Outros Construtos Psicológicos

LISTA DE FIGURAS

Artigo 2

Figura 1. Componentes do Modelo de Flexibilidade Psicológica

LISTA DE ANEXOS

Artigo 3

Anexo A – *Acceptance and Action Questionnaire-II* – versão brasileira

LISTA DE SIGLAS

AAQ-II – Acceptance and Action Questionnaire - II

ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso

AT – Aliança terapêutica

CD-RISC 10 - Escala de Resiliência Connor-Davidson – 10

CES-D - *Center for Epidemiological Studies - Depression*

EE – Evitação experiencial

FP – Flexibilidade psicológica

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

IDATE-T - Inventário de Ansiedade Traço-Estado - Traço

PA – Análise Paralela

PAF – Fatoração do Eixo Principal

PC – Análise do Componentes Principais

PBE – Prática Baseada em Evidências

QSG-12 - Questionário de Saúde Geral – 12

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDCRP - Treatment of Depression – Collaborative Research Program

TQR – Teoria dos Quadros Relacionais

RESUMO

O processo psicoterapêuticos ainda carece de suporte empírico, mesmo após mais de um século da psicoterapia e centenas de abordagens. No entanto, pesquisadores apontam essa lacuna desde a década de 30 do século passado. O objetivo desta dissertação é, por meio de três estudos, mostrar as evidências atuais sobre o processo terapêutico, apresentar uma abordagem baseada em componentes terapêuticos validados, a terapia de aceitação e compromisso (ACT), e apresentar evidências de validade de construto, convergente e divergente do questionário de avaliação da flexibilidade psicológica *Acceptance and Action Questionnaire-II*. O manuscrito 1 resume elementos associados ao resultado terapêutico com suporte empírico, assim como elementos sem embasamento em pesquisas, embora sejam tradicionalmente reconhecidos como relevantes. Além disso, apresenta alternativas para superar barreiras da pesquisa em clínica. O manuscrito 2 apresenta a terapia de aceitação e compromisso, abordagem que propõe um modelo unificado de mudança do comportamento, a flexibilidade psicológica, uma variável com papel mediador em diferentes contextos, como o clínico, o hospitalar e o organizacional, e associado a diversos sinais de qualidade de vida e saúde mental. Por fim, o manuscrito 3 apresenta as propriedades psicométricas iniciais de uma medida de flexibilidade psicológica, o *Acceptance and Action Questionnaire-II - versão brasileira*. A partir de uma amostra de 1.352 participantes, foi realizada uma análise fatorial exploratória e testes de validação convergente e divergente da escala. Os resultados mostraram que a escala apresenta evidências de validade de construto, convergente e divergente satisfatórias, além de estrutura coerente com o modelo teórico. Além disso, o construto avaliado está positivamente correlacionado a construtos semelhantes, como resiliência e saúde geral, e negativamente relacionado a construtos distintos, como ansiedade e depressão. Os bons

resultados mostram que a escala pode ser explorada em outros estudos, a fim de verificar o efeito da flexibilidade em contextos de interesse na mudança de comportamento.

ABSTRACT

Psychotherapeutic process still has weak empirical support, even after more than a century of history and hundreds of therapeutic approaches. However, researchers have been pointing this gap since the 30s of last century. Divided in three studies, this dissertation aims to present the state of the art of psychotherapeutic process, suggest ways to overcome traditional obstacles and illustrate how it is possible to expand the knowledge on therapeutic mechanisms. The first study summarizes therapeutic elements with empirical support, as well as elements which effectiveness still lack favorable evidence. It also presents alternatives to overcome obstacles in clinical psychology research. The second study presents Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a therapeutic approach based on a unified model of behavior change, psychological flexibility, which is also a mediating variable validated in different settings, such as clinical, hospital, and organizational. A validated mediator of behavioral change orients ACT interventions to promoting psychological flexibility, which is positively related to several signs of quality of life and mental health. Finally, the third study presents Brazilian validations – exploratory factorial, convergent and divergent – of a psychological flexibility measure, Acceptance and Action Questionnaire-II, based on a sample of 1.352 participants. Results show satisfactory psychometric properties and a unidimensional structure, consistent with ACT theory. Psychological flexibility also correlates positively with similar constructs, such as resilience and general health, and negatively with distinct constructs, such as anxiety and depression. This good results suggest that other studies explore psychological flexibility role in contexts where behavioral change is a goal.

APRESENTAÇÃO

Predição e influência do comportamento com precisão, escopo e profundidade. Hoje eu sei que esse é o objetivo de uma escola filosófica, o contextualismo funcional (Hayes, Hayes, & Reese, 1992). No entanto, desde antes de aprender a ler, já me ocupava dessas questões.

Tenho poucas memórias da infância, mas lembro que, aos 5 anos, passava algum tempo me indagando por que as pessoas gostavam de uma coisa e não de outra. Mais complexo ainda, não entendia porque algumas pessoas gostavam de algumas coisas, enquanto outras pessoas gostavam de outras coisas. Não me lembro de ter chegado a alguma conclusão, mas percebo que meu desejo de entender o comportamento humano nasceu cedo.

Essas reflexões me acompanharam durante a escola, representavam meu esforço para compreender ou prever o que as pessoas fariam. Mas eu não podia me dedicar muito a elas, pois estava muito ocupado tentando influenciar o comportamento alheio por meio de recursos variados. Com anos de treino e dedicação, desenvolvi as habilidades de discutir incansavelmente, arremessar objetos, falar palavrões, aparentar valentia e correr quando a aparência valente falhava. Nesse período, consegui influenciar o comportamento de muitas pessoas, com precisão elevada e escopo abrangente, apesar de comprometimentos eventuais da minha integridade física e emocional. Realmente não existe almoço grátis.

O ensino médio foi uma fase complicada. Adolescência, mudança de cidade, de escola... eu mal entendia o que se passava comigo, mas tinha a forte sensação de que já havia entendido tudo. Decidi estudar psicologia, embora não conhecesse nenhum psicólogo. Então veio a faculdade, e se tornou mais difícil influenciar colegas e professores. Descobri que gostava das disciplinas da área clínica e fiz todos os estágios em

psicoterapia. Percebi que meu treinamento extensivo em influência social poderia ser útil para ajudar pessoas a ter uma vida melhor.

Depois de formado, fui aluno de sete cursos de formação em psicologia e áreas afins, mas não concluí nenhum deles – foi o que precisei admitir à Prof^a. Dr^a. Sheila Giardini Murta quando conversamos sobre uma possível orientação de mestrado. Eu disse que os cursos eram muito rígidos, era preciso pensar como os professores, o que invariavelmente deixava de atender minhas expectativas. Não sei exatamente o porquê, mas ela acreditou em mim e, com essa dissertação, finalmente estou concluindo um curso.

Durante o mestrado, descobri que as muitas teorias e técnicas capazes de prever e influenciar o comportamento humano não eram autossuficientes, mas precisavam servir a algum fim. Na verdade, seriam estéreis sem um bom motivo. Depois de uma vida tentando influenciar quem me cercavam, pessoal e profissionalmente, percebi que era hora de começar a perguntar às pessoas como elas gostariam de ser influenciadas – que vida elas gostariam de ter.

Desde a graduação, dediquei bastante tempo ao estudo do humanismo e do existencialismo. A abordagem centrada na pessoa (Rogers, 1962) e a Daseinsanalyse (Boss, 2001) consolidaram minha forma de ver o mundo, enquanto me envergonhava de assumir minha admiração pela análise do comportamento. Já a ACT reúne alguns elementos essenciais dessas abordagens, como a aceitação e a busca de sentido, e os utiliza de forma a favorecer que as pessoas conquistem a vida que desejam. Sua aplicabilidade deriva dos métodos pragmáticos emprestados da análise do comportamento e, hoje, me envergonho dos terapeutas comportamentais por não conhecer a análise do comportamento tão bem quanto eles.

Essa dissertação é o resultado desses esforços em colaborar com a busca por uma vida melhor. Durante o primeiro ano do mestrado, meu objetivo era desenvolver uma

intervenção preventiva do estresse, e descobri a ACT como um método efetivo. Gostei tanto do assunto que abandonei o estudo de estresse e decidi me concentrar na ACT e no funcionamento da psicoterapia. Esta dissertação tem como objetivo resumir fatores terapêuticos efetivos, indicar alternativas para ampliar a compreensão do processo terapêutico e apresentar uma abordagem que demonstra como isso pode ser realizado. Por fim, apresenta-se a validação brasileira de uma medida de avaliação de um desses fatores terapêuticos efetivos, mostrando como sua aplicação pode trazer benefícios para a psicoterapia e para outras áreas onde haja interesse na modificação do comportamento.

Esta dissertação está organizada em três manuscritos e uma conclusão. O *Estudo 1* é um estudo teórico sobre avaliação de processo em psicoterapia. Esse estudo mostra como, ao longo da história da psicoterapia, diversos pesquisadores manifestaram que nosso conhecimento sobre o funcionamento da psicoterapia era menor do que acreditávamos. Primeiro, são apresentados fatores terapêuticos que dispõem de suporte empírico e fatores que, até o momento, não apresentam evidências de influenciar o resultado do tratamento. Em seguida, apresentam-se os obstáculos que têm dificultado a identificação mais acurada do funcionamento da terapia. Por fim, são apontadas as recomendações de pesquisadores reconhecidos na clínica para superar esses obstáculos e compreender melhor como e porque o resultado terapêutico acontece: qual é o papel de mediadores estatísticos e mecanismos de ação.

O *Estudo 2* apresenta a ACT, uma abordagem baseada nesta agenda de pesquisa da clínica. Essa abordagem se baseia em uma filosofia pragmatista e em uma teoria comportamental pós-Skinneriana da linguagem e da cognição. Esses fundamentos suportam um modelo unificado de mudança do comportamento humano, a flexibilidade psicológica, resultante da interação entre outros seis processos. Evidências de estudos de efetividade e do processo terapêutico mostram que a flexibilidade – assim como outros

componentes do modelo – é um mediador tanto do comportamento saudável como do psicopatológico. Além disso, esse fenômeno ocorre em contextos diversos da clínica, como organizações, hospitais, esportes e educação.

O *Estudo 3* descreve a validação de um instrumento de mensuração da flexibilidade psicológica para o Brasil. A escala *Acceptance and Commitment Questionnaire-II*, originalmente em inglês, foi traduzida, adaptada para o Brasil e testada quanto a suas propriedades psicométricas. Dados coletados em quatro regiões do país – exceto no Sul – mostram que a versão brasileira da escala apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e tem estrutura unifatorial, explicando cerca de 50% da flexibilidade. A validação de um instrumento capaz de mensurar um construto validado como mediador da mudança de comportamento funcional e disfuncional apresenta um bom potencial de aplicação não apenas em pesquisas sobre saúde mental, como em diversos contextos em que haja interesse na mudança de comportamento.

A conclusão da dissertação integra esses estudos, mostrando os benefícios da pesquisa orientada por um programa científico abrangente e que considera a agenda de pesquisa proposta pelos pesquisadores da área. Ao mesmo tempo, são indicadas possíveis implicações desses esforços para diferentes campos da clínica.

Manuscrito 1

Avaliação de processo em psicoterapia: Estado atual e perspectivas

Resumo: Embora a pesquisa sobre avaliação de processo em psicoterapia, que investiga como ocorre a mudança clínica, seja uma área tradicional, pouco progresso foi feito. O objetivo deste estudo é revisar a literatura sobre avaliação do processo terapêutico. Primeiro, é feita uma breve revisão da história da pesquisa sobre avaliação de processo, resumindo os elementos com evidências de efetividade. Então, apresentam-se limitações que têm dificultado o progresso mais acelerado do conhecimento sobre o funcionamento da psicoterapia. Esta revisão recomenda, como agenda de pesquisa, a investigação de moderadores e mediadores da mudança terapêutica. Como conclusão, identifica-se a necessidade de superar a rejeição do clínico ao conhecimento acadêmico e de alteração do currículo universitário da psicologia, enfatizando o ensino de mecanismos terapêuticos validados.

Palavras-chave: avaliação de processo, psicoterapia, moderação, mediação, mecanismos de ação.

Abstract: Although process evaluation research is a traditional area in psychotherapy, little progress has been made. This study aims to review the literature on psychotherapeutic process evaluation. First, the history of process evaluation research is briefly reviewed, summarizing therapeutic elements with evidence of effectiveness. Then, it is presented limitations that have hindered faster knowledge progress regarding psychotherapy functioning. This review recommends a research agenda focused on research about moderators and mediators of therapeutic change. In conclusion, it is identified the need to overcome the clinician's rejection of academic knowledge and the need of changing university curriculum of psychology, emphasizing the teaching of therapeutic mechanisms validated.

Keywords: process evaluation, psychotherapy, mediation, mechanisms of change.

Terapia é mudança. Na psicoterapia, mudam sentimentos, pensamentos, sensações e comportamentos. Relatamos essas alterações, mas somos incapazes de explicar como ocorrem. Em outras palavras, é “considerável que, após décadas de pesquisa em psicoterapia, não possamos oferecer uma explicação baseada em evidências sobre *como* ou *porque* mesmo as nossas intervenções mais bem estudadas produzem mudança” (Kazdin, 2007, p. 23).

A investigação dos mecanismos que promovem a mudança em psicoterapia constitui uma das áreas da pesquisa em psicoterapia, denominada avaliação de processo. Seu foco reside na compreensão do funcionamento da psicoterapia e dos fatores que promovem ou dificultam a mudança (Yoshida, 1998). Apesar da importância do tema, a literatura brasileira inovadora sobre o tema é escassa (Baptista, 2010; Reche & Silva, 2003). Este manuscrito tem o objetivo de realizar uma revisão narrativa acerca do processo terapêutico, a partir de uma perspectiva histórica. Busca, especificamente, resumir evidências de variáveis efetivas e inefetivas na promoção da mudança, identificar limitações do campo e apontar lacunas cuja investigação pode elucidar o funcionamento da psicoterapia. Esse manuscrito está organizado em quatro seções. Na primeira, apresenta-se a história da pesquisa em psicoterapia. Na segunda, abordam-se as evidências atuais sobre componentes terapêuticos efetivos. Na terceira, discutem-se a agenda da pesquisa, que pode levar a um progresso mais acelerado do conhecimento na área. Por fim, conclui-se com algumas implicações da organização da pesquisa e da prática clínica com ênfase sobre os fatores terapêuticos.

Este estudo tem o objetivo de identificar variáveis responsáveis pelo processo terapêutico. A partir da história da pesquisa em psicoterapia, resume evidências de variáveis efetivas e inefetivas, identifica limitações do campo e aponta lacunas cuja investigação pode elucidar o funcionamento da psicoterapia.

Breve história da pesquisa em psicoterapia

A psicoterapia é um tratamento recente, inaugurado no início do século XX com o relato de Freud sobre o menino Hans (Jung, Nunes, & Eizirik, 2007). Algumas décadas depois, a Segunda Guerra Mundial fortaleceu a credibilidade da ciência, fomentando a pesquisa na área (Hill & Corbett, 1993). Nos anos 1950, o psicólogo Hans Eysenck publicou um estudo mostrando (1952) os dados disponíveis até então falhavam em provar que a psicoterapia facilitava a recuperação de pacientes neuróticos.

Esse resultado, no entanto, estimulou pesquisas sobre efetividade. Foram encontrados erros metodológicos que comprometiam a conclusão de Eysenck (Kiesler, 1966) e a primeira meta-análise da clínica (Smith & Glass, 1977) demonstrou os efeitos benéficos da psicoterapia e do aconselhamento. Desde então, outros estudos replicaram os evidências de efetividade do tratamento psicoterápico (Lipsey & Wilson, 1993; Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000).

Ainda na década de 1970, o desenvolvimento da terapia comportamental favoreceu a comparação entre métodos, principalmente por meio de ensaios clínicos randomizados (Brum, 2012; Hibbs, 2001). Essas pesquisas reativaram uma controvérsia histórica sobre a equivalência das psicoterapias (Rosenzweig, 1936). Parte dos pesquisadores acredita que diferentes abordagens produzem os mesmos resultados porque funcionam por meio dos mesmos *fatores comuns*, como a aliança terapêutica (Bordin, 1979). Outra parte dos pesquisadores, no entanto, atribui a ação terapêutica a *fatores específicos* de cada abordagem, como a reestruturação cognitiva (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Nas últimas décadas aconteceram mudanças importantes. A psicoterapia foi adaptada ao formato de grupo, passou a ser realizada em contextos socioculturais diversos

e na ausência de *setting* específico (Nery & Costa, 2008), enfatizando a busca de evidências científicas e a articulação entre pesquisa e prática (Enéas, 2008).

Estado atual

A pesquisa em psicoterapia tem focalizado a identificação dos elementos responsáveis pelo desfecho do tratamento. Parte dos pesquisadores defende a existência de *fatores terapêuticos comuns* (Luborsky & Krause, 2002; Rosenzweig, 1936). Elementos terapêuticos compartilhados por diferentes abordagens, como a aliança terapêutica, seriam os principais responsáveis pelo resultado. Logo, quaisquer métodos de terapia competentemente utilizados seriam equivalentes. Este argumento é apoiado por meta-análises que mostram a equivalência de efetividade entre terapias (Ahn & Wampold, 2001; Lipsey & Wilson, 1993; Luborsky & Krause, 2002; Smith & Glass, 1977; Wampold et al., 1997).

Por outro lado, há pesquisas orientadas para a identificação de *fatores específicos*. Elementos terapêuticos exclusivos de uma abordagem seriam os principais responsáveis pela mudança terapêutica. Por exemplo, a reestruturação cognitiva seria o fator específico responsável pelos bons resultados da terapia cognitiva (Beck et al., 1979). Embora tenha menos suporte empírico, há bons motivos para justificar o desconhecimento de fatores específicos e, conseqüentemente, o desconhecimento das intervenções mais adequadas. Em primeiro lugar, alguns tratamentos são comprovadamente iatrogênicos (Lambert, 2010; Lilienfeld, 2007), o que é incompatível com a suposta equivalência entre psicoterapias. Além disso, é ilegítimo concluir que tratamentos de eficácia comparável são equivalentes ou intercambiáveis (Wampold et al., 1997). Mesmo autores com tradição em pesquisa sobre fatores comuns (Luborsky & Krause, 2002) reconhecem que limitações clínicas e procedimentais podem explicar a aparente equivalência de resultados. Em meio

às controvérsias sobre fatores comuns e específicos, no entanto, a pesquisa sobre psicoterapia gerou algumas conclusões importantes.

Psicoterapia funciona. Sim, psicoterapia funciona. A pesquisa sobre processo seria inócua sem esse pressuposto, que levou anos para ser demonstrado. Duas décadas após o estudo de Eysenck, a primeira meta-análise sobre efetividade da psicoterapia (Smith & Glass, 1977) encontrou um tamanho de efeito de 0,68. Meta-análises posteriores mostraram resultados semelhantes, com tamanhos de efeito iguais a 0,47 (Lipsey & Wilson, 1993) e 0,41 (Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000).

Aliança terapêutica. A aliança terapêutica (AT) favorece a mudança do comportamento. Ao contrário do habitual em psicologia clínica, há consenso sobre isso. Segundo uma das principais concepções (Bordin, 1979), AT envolve acordo sobre metas, atribuição de papéis e desenvolvimento de vínculo entre terapeuta e cliente. Duas meta-análises mostram que os tamanhos de efeito da AT são relativamente pequenos, mas constantes: 0,26 e 0,22, respectivamente (Horvath e Symonds, 1991; Martin, Garske, e Davis, 2000). Em geral, a avaliação da AT pelo paciente não muda ao longo do tratamento (Martin et al., 2000) e sua qualidade é influenciada por comportamentos do terapeuta, como acolhimento e rigidez, e do paciente, como expectativas e evitação (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006).

Superterapeutas. Alguns terapeutas são melhores que outros. São os *superterapeutas* (Lambert, 2010), cuja habilidade é apontada em diversas meta-análises (Budd & Hughes, 2009). Uma análise dos dados de um dos maiores estudos sobre depressão já realizados, o *Treatment of Depression – Collaborative Research Program* (TDCRP), mostra que um terço dos psiquiatras obteve resultados superiores com placebo do que um terço dos seus colegas que usavam o antidepressivo imipramina (McKay, Imel, & Wampold, 2006). Além disso, os clínicos que conseguiram mais resultados a partir da

imipramina foram os mesmos cujos pacientes tendiam a melhorar com placebo – mesmo resultado encontrado no estudo de outros medicamentos (Antonaci, Chimento, Diener, Sances, & Bono, 2007). Os terapeutas mais efetivos do TDCRP compartilhavam três características: viés psicológico da etiologia, preferência por intervenções psicológicas a farmacológicas e expectativa de tratamentos mais longos (McKay et al., 2006). Em um estudo qualitativo, Jennings e Skovholt (1999) analisaram as características de 10 clínicos reconhecidos como terapeutas *master* por seus pares e elaboraram o *Modelo CER*. Segundo o estudo, há um conjunto de características **cognitivas** (aprendizes vorazes, confiam em sua experiência clínica, valorizam a complexidade e a ambiguidade) **emocionais** (receptivos, mentalmente saudáveis, conscientes do efeito de seu estado emocional sobre o trabalho) e **relacionais** (socialmente hábeis, acreditam na aliança terapêutica e utilizam suas habilidades sociais na terapia) comuns a esses profissionais.

Lealdade. O psicólogo não se compromete oficialmente com uma abordagem, mas sua lealdade é bem recompensada. Uma revisão das meta-análises publicadas nos últimos 30 anos mostra que a crença do terapeuta na própria abordagem – lealdade – é um dos três únicos fatores comuns com evidências empíricas (Budd & Hughes, 2009). Uma análise de dezessete meta-análises (Luborsky & Krause, 2002) encontrou uma correlação de 0,85 entre a lealdade do terapeuta e os resultados do tratamento.

Psicoterapia pode ser prejudicial. Primo non nocere – primeiramente, não causar danos. Embora este seja um princípio básico da bioética, sua aplicação não é simples. No campo da psicoterapia, por exemplo, mesmo métodos validados e aplicados competentemente podem ser prejudiciais (Boswell, Castonguay, & Wasserman, 2010). Estima-se que entre 3% e 10% dos clientes pioram com a terapia, sendo que alguns tratamentos apresentam maior probabilidade de gerar danos, como técnicas de relaxamento para pacientes vulneráveis ao pânico, *debriefing* do estresse de incidentes críticos, terapias

de apego e técnicas de recuperação da memória (Lilienfeld, 2007). Os estudos sobre iatrogenia em psicoterapia ainda são incipientes, mas há evidências de que variáveis do cliente, como evitação e perfeccionismo, do terapeuta, como apego ansioso e auto-hostilidade, e da relação, como manejo inadequado de reações transferenciais e auto-exposição confrontacional) estão associadas negativamente com o resultado (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried, & Hill, 2010).

Predição estatística é mais acurada do que predição clínica. Como qualquer terapia, a psicoterapia é um tratamento de saúde. O clínico analisa e planeja intervenções baseado nos resultados que espera alcançar. No entanto, o julgamento clínico não é o método mais preciso para estimar resultados: uma meta-análise de cinquenta anos de pesquisa em predição do comportamento (Ægisdóttir et al., 2006) mostra que métodos estatísticos são, em média, 13% mais precisos do que o julgamento clínico, resultado coerente com outras evidências (Shimokawa et al., 2010).

A mudança ocorre de forma ordenada. O progresso terapêutico é ordenado. Apesar da discordância sobre qual seria essa ordem, diversas propostas apontam a existência de etapas sistemáticas no processo de mudança. Uma abordagem tradicional, desenvolvida no campo da medicina, é o *efeito da dose* ou *metáfora do remédio* (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, & Nielsen, 2009): quanto maior a dose – duração da terapia – oferecida ao paciente, melhores são os resultados – redução de sintomas depressivos. No entanto, esse modelo apresenta uma séria limitação. É impossível identificar e isolar tratamentos, diagnósticos e princípios ativos psicoterapêuticos puros (Budd & Hughes, 2009).

Um modelo complementar propõe que a duração da terapia não é a causa, mas o resultado da melhora. O paciente permaneceria em tratamento até alcançar um *nível bom o suficiente* (Baldwin et al., 2009). Outra proposta, bastante aplicada no tratamento de

dependência de substâncias e com sólidas evidências, é o *modelo transteórico de mudança* (Prochaska & DiClemente, 1983), que divide o percurso da mudança em cinco estágios – pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção –, alternados com etapas de recaída. O paciente muda de comportamento à medida em que progride de um estágio para outro, desde ganhar consciência sobre o problema até a manutenção dos novos comportamentos compatíveis com a mudança desejada.

Efeito placebo. A expectativa sobre os resultados do tratamento podem interferir no próprio resultado. Esse impacto pode, inclusive, sobrepor o efeito da própria intervenção – mesmo em intervenções cirúrgicas, como mostram estudos sobre artroscopia no joelho (Moseley et al., 2002) ou transplante de neurônios em portadores de Parkinson (McRae et al., 2004). Inicialmente considerado um agente inerte, hoje o placebo é estudado com base em um modelo contextual (Price, Finniss, & Benedetti, 2008), que explica seu funcionamento por meio de diferentes mecanismos fisiológicos, ativados pela interação de condições psicológicas e ambientais. Antonaci et al. (2007) relatam que há uma correlação de 0,69 entre a mudança em grupos controle, que recebem placebo, e grupos experimentais. Uma correlação dessa magnitude sugere que a existência de elementos comuns influenciando os resultados nas diferentes condições.

Fatores de mudança sem suporte empírico. A trajetória da psicologia clínica é marcada por conflitos entre elegância e efetividade: a beleza da argumentação teórica frequentemente sobrepôs a validação empírica. Gradualmente, estudos de processo têm mostrado que alguns fatores amplamente aceitos entre os clínicos não contribuem para a melhora dos resultados. Por exemplo, os manuais clínicos, recepcionados como uma pequena revolução na psicoterapia, carecem de evidências de efetividade (Ahn & Wampold, 2001). Até mesmo a terapia pessoal, reconhecida por alguns terapeutas como o

fator mais importante da formação profissional, apresenta efeitos inconsistentes sobre o progresso do paciente (Gold & Hilsenroth, 2009).

Limitações

A psicologia é bastante jovem, se comparada a outras áreas do conhecimento, como a física ou a filosofia. No entanto, apesar de mais de um século de história, ainda sabemos pouco sobre o funcionamento das psicoterapias. Uma diversidade de barreiras justifica o avanço lento do conhecimento na área.

Algumas limitações consistem em dificuldades de mensuração. Por exemplo, isolar variáveis cognitivas e emocionais nem sempre é possível (Budd & Hughes, 2009), a própria avaliação psicológica pode ter propriedades terapêuticas (Shadish, Cook, & Campbell, 2002) e os resultados são baseados em diagnósticos com fundamentação frágil (Frances, 2010), frequentemente desconsiderando o impacto clínico (Prette & Prette, 2008). Dificuldades relacionadas à análise dos dados, por outro lado, também criam dificuldades: por exemplo, o método correlacional pode encobrir padrões não-lineares de relacionamento (Baron & Kenny, 1986; Webb et al., 2010), e as meta-análises estão sujeitas à disponibilidade dos artigos e aos vieses dos estudos primários (Lipsey & Wilson, 1993).

Barreiras inerentes ao delineamento também podem comprometer as conclusões. Por exemplo, ensaios clínicos aleatorizados não esclarecem como as intervenções funcionam (Paul, 1967), e a tradicional exclusão de métodos qualitativos limita a compreensão dos resultados (Schneider, 2002); é comum a suposição de equivalência das medidas após cada sessão e da medida após o tratamento (Webb et al., 2010). Por fim, a execução inadequada da pesquisa gera diversos problemas, como: baixa integridade das intervenções (Perepletchikova, Hilt, Chereji, & Kazdin, 2009), cálculo do tamanho do efeito a partir de diferentes grupos experimentais (Wampold et al., 1997),

exclusão de casos de comorbidade durante a seleção dos participantes (Rounsaville & Carroll, 2002) e exclusão de populações específicas, como crianças e adolescentes (Chambless & Ollendick, 2001).

Perspectivas

A insatisfação com as limitações da pesquisa em psicoterapia é antiga. De acordo com pesquisadores de diferentes épocas (Barlow, 2013; Paul, 1966; Rosenzweig, 1936), é preciso descobrir como funciona a psicoterapia. Em termos atuais, isso significa investigar moderadores, mediadores e mecanismos de mudança (Kazdin, 2007).

Moderador é uma variável independente, qualitativa ou quantitativa, que afeta a direção ou a força da relação entre uma variável independente e uma variável dependente (Baron & Kenny, 1986). Por exemplo, o estudo de Forman, Hoffman, McGrath, Herbert, Brandsma, & Lowe (2007) mostra que a vulnerabilidade à comida regula a efetividade de estratégias para resistir ao alimento: pessoas muito vulneráveis respondem melhor a métodos baseados em aceitação, enquanto pessoas pouco vulneráveis apresentam melhores resultados após receber intervenções baseadas em controle.

Um *mediador*, por outro lado, ocorre quando a) alterações na variável independente explicam significativamente alterações no mediador presumido (Caminho A); b) alterações no mediador explicam significativamente alterações na variável dependente (Caminho B); e c) os caminhos A e B são controlados e a relação entre as variáveis dependente e independente não é mais significativa (Baron & Kenny, 1986). Por exemplo, o estudo de Crocker, Niiya e Mischkowsky (2008) mostra que escrever sobre os próprios valores torna os fumantes mais receptivos a informações sobre malefícios do tabaco. No entanto, essa mudança depende da mediação de sentimentos de amor: afirmar valores promove sentimentos amorosos que, por sua vez, aumentam a aceitação de evidências sobre prejuízos do cigarro à saúde.

Por fim, os *mecanismos de mudança* são mais específicos que os mediadores e revelam como a variável independente produz o resultado. Por exemplo, descobrir se as cognições medeiam a mudança terapêutica pode ser importante, mas ainda faltaria identificar os processos pelos quais a mudança cognitiva leva à melhora clínica (Kazdin, 2007).

Prática Baseada em Evidências

A busca por tratamentos com fundamentação empírica começou fora da psicologia. A prática baseada em evidências (PBE), movimento inicialmente conhecido como *medicina baseada em evidências*, surgiu na medicina com o objetivo de oferecer informação segura, atualizada e de fácil acesso para auxiliar a tomada de decisões clínicas (Melnik & Atallah, 2006). Atualmente isso é feito por meio de listas de evidências de efetividade sobre tratamentos e transtornos, como as disponibilizadas pela Divisão de Psicologia Clínica da Associação de Psicologia Americana (<http://www.psychologicaltreatments.org/>) e pela Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental (<http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>).

Apesar da sua utilidade, as listas de tratamentos psicológicos com suporte empírico recebem muitas críticas, de limitações metodológicas a implicações sociais (Chambless & Ollendick, 2001). Por exemplo, os critérios de avaliação atuais são insuficientes, permitindo atestar que vodú (David & Montgomery, 2011) e oração (Klein, 2002) são práticas baseadas em evidência. Embora distorções dessa natureza possam ser prevenidas pela avaliação conjunta de evidências empíricas e teóricas (David & Montgomery, 2011), as críticas evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento de parâmetros do movimento de PBE.

Entender como e porque a psicoterapia funciona é essencial. Para o campo de pesquisa, é um caminho para organizar as centenas de intervenções existentes e reduzir a

ênfase na competição entre abordagens. Para os pacientes, pode otimizar a mudança terapêutica, facilitar a transposição de tratamentos para contextos naturais e a compreensão do funcionamento humano além do contexto clínico (Kazdin, 2007).

Considerações Finais

A psicoterapia já não é a mesma desde os primeiros relatos de Freud. Existem mais métodos do que um clínico poderia aprender, há incontáveis instrumentos de medida e de intervenção e o uso da estatística traz contribuições fundamentais. Além disso, a concepção de saúde mental evoluiu e o número de transtornos mentais cresce significativamente a cada nova edição dos manuais diagnósticos. Apesar de todas essas mudanças, no entanto, o conhecimento gerado pela pesquisa sobre o processo terapêutico é pouco utilizado para guiar a própria pesquisa, a formação acadêmica e a prática clínica.

Pesquisadores tendem a estudar o que sabem estudar e o que é mais fácil de ser estudado (Greenberg, 1986). Essa conclusão resume parte da tradição de pesquisa em psicoterapia, que há décadas sugere a mesma agenda: é preciso entender como e porque as intervenções psicológicas funcionam (Paul, 1967) e o movimento PBE é uma contribuição significativa. No entanto, ainda é preciso integrar evidências de resultado a avaliações de processo, como tem sido feito com algumas abordagens recentes (Hayes et al., 1999), e integrar métodos qualitativos aos estudos de efetividade. Em resumo, as lacunas do conhecimento na área são conhecidas há bastante tempo. A novidade é a utilização da agenda de pesquisa como guia para novos estudos em psicoterapia.

No caso brasileiro, a agenda de pesquisa requer o desenvolvimento ou adaptação de instrumentos para a nossa população, permitindo a investigação do papel desempenhado por mecanismos em diferentes contextos. A identificação de mediadores, moderadores e mecanismos de ação é fundamental para dizer como e quando uma intervenção é adequada e efetiva. Isso também requer o estudo de populações menos

estudadas, como crianças, idosos e diferentes classes sociais. Além disso, avaliações quantitativas de processo podem ser proveitosamente integradas a estudos qualitativos, aumentando a abrangência e validade dos resultados.

Avaliações de processo oferecem contribuições claras para a formação acadêmica. As evidências indicam pelo menos dois fatores terapêuticos efetivos que merecem treinamento especial (Budd & Hughes, 2009), aliança e lealdade do terapeuta. Tratamentos comprovadamente nocivos não devem ser utilizados e o clínico deve realizar avaliações de resultado ainda durante o tratamento, evitando ou minimizando a piora do paciente. É preciso aplicar métodos mais objetivos e efetivos de predição de resultados complementares ao julgamento clínico. Manuais não devem ser utilizados com a função de aumentar a efetividade do tratamento. Por fim, os dados sobre superterapeutas e efeito placebo mostram que aspectos não-técnicos apresentam grande influência sobre os resultados.

No ciclo de disseminação do conhecimento, o último obstáculo à pesquisa é a transposição do conhecimento para a prática. No caso da psicoterapia, os clínicos confiam mais na experiência pessoal do que em pesquisas (Rounsaville & Carroll, 2002) e acreditam que os participantes de pesquisa não são representativos dos seus próprios pacientes (Hibbs, 2001). A PBE pode auxiliar na superação dessa barreira, pois facilita o acesso do terapeuta a informações seguras e atualizadas. Além disso, uma forma possivelmente ainda mais eficiente de superar essa postura clínica seja preveni-la: o período de formação acadêmica pode ser o momento mais adequado para fomentar a cultura de proximidade entre a pesquisa e a prática.

Referências

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., N. Nichols, C., et al. (2006). The meta-analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 341–382.
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257.
- Antonaci, F., Chimento, P., Diener, H.-C., Sances, G., & Bono, G. (2007). Lessons from placebo effects in migraine treatment. *Journal of Headache Pain, 8*, 63–66.
- Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J., & Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 203–211.
- Baptista, M. N. (2010). Questões sobre avaliação de processos psicoterápicos. *Psicologia em Pesquisa, 4*(2), 109–117.
- 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.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 16*(3), 252–260.

- Boswell, J. F., Castonguay, L. G., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 717–723.
- Brum, E. H. M., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. R., Souza, D. D., & Piccinini, C. A. (2012). The evolution of psychotherapy research models. *Estudos de Psicologia, (Campinas), 29*(2), 259–269.
- Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict: Controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 510–522.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist, 65*(1), 34–49.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271–279.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685–716.
- Crocker, J., Niiya, Y., & Mischkowski, D. (2008). Why does writing about important values reduce defensiveness? *Psychological Science, 19*(7), 740–747.
- David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*, 89–99.
- Enéas, M. L. E. (2008). Pesquisas em psicoterapia: Seções especiais de periódico (1981 a 1994). *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(1), 111–116.

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2372–2386.
- Frances, A. (2010). DSM in Philosophyland: Curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, 17*(2), 3–7.
- Gold, S. H., & Hilsenroth, M. J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 159-71.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 4-9.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*(1), 3–11.
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 3–24.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149.
- Jung, S. I., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2007). Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(2), 184–196.

- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110–136.
- Klein, D. F. (2002). Dodo deliberations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 28–29.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure*. Washington: American Psychological Association.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science, 2*(1), 53–70.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmations from meta-analysis. *American Psychologist, 48*(12), 1181–1209.
- Luborsky, L., & Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird verdict is alive and well — Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 2–12.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450.
- McKay, K. M., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 92*, 287–290.
- McRae, C., Cherin, E., Yamazaki, T. G., Diem, G., Vo, A. H., Russell, D., Ellgring, J. H., et al. (2004). Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double-blind placebo surgery trial. *Archives of General Psychiatry, 61*, 412–420.
- Melnik, T., Atalah, A. N. (2011). *Psicologia baseada em evidências*. São Paulo: Santos.

- Moseley, J. B., O'Malley, K., Petersen, N. J., Menke, T. J., Brody, B. A., Kuykendall, D. H., Hollingsworth, J. C., et al. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *The New England Journal of Medicine*, *347*(2), 81–88.
- Nery, M. P., & Costa, L. F. (2008). A pesquisa em psicologia clínica: Do indivíduo ao grupo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *25*(2), 241–250.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *31*(2), 109–118.
- Perepletchikova, F., Hilt, L. M., Chereji, E., & Kazdin, A. E. (2009). Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2), 212–218.
- Prette, Z. A. P. Del, & Prette, A. Del. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *24*(4), 497–505.
- Price, D. D., Finniss, D. G., & Benedetti, F. (2008). A comprehensive review of the placebo effect: Recent advances and current thought. *Annual Review of Psychology*, *59*, 565–90.
- Reche, C. E., & Silva, H. A. (2003). Avaliação das razões de sucesso na psicoterapia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(1), 56.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412–415.
- Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2002). Commentary on Dodo Bird revisited: Why aren't we Dodos yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 17–20.
- Schneider, K. J. (2002). The Dodo Bird: Less a verdict than an opportunity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 26–27.

- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. California: Wadsworth.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*(4), 512–529.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(3), 298–311.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *32*(9), 752–760.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203–215.
- Webb, C. a, Derubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(2), 200–211.
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, *2*(2), 115–127.

Artigo 2

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

Resumo: Este estudo tem o objetivo de realizar uma revisão histórica e conceitual da terapia de aceitação e compromisso (ACT), uma modalidade da terceira onda das terapias cognitivo-comportamentais. Primeiro são apresentados os fundamentos da ACT: contextualismo funcional, filosofia cujo objetivo é a predição e influência do comportamento com precisão, escopo e profundidade; e teoria dos quadros relacionais, uma abordagem pós-Skinneriana da linguagem e da cognição. Depois, apresenta-se o modelo unificado de mudança do comportamento da ACT, a flexibilidade psicológica, que resulta da interação de processos psicológicos normais – aceitação, defusão, atenção ao momento presente, *self* observador, valores e comprometimento -, capazes de explicar o funcionamento humano saudável e psicopatológico. Por fim, apresentam-se evidências de efetividade e processo, além de limitações da abordagem, um sistema terapêutico diretamente orientado para a identificação mediadores e mecanismos de funcionamento terapêutico.

Abstract: This study aims to present acceptance and commitment therapy (ACT), which integrates the third wave of cognitive behavioral therapies. First, ACT's foundations are presented: functional contextualism, a philosophy aiming prediction and influence of behavior with precision, scope, and depth, and relational frame theory, a post-Skinnerian approach of language and cognition. Then, it is presented ACT's unified model of behavior change, psychological flexibility, derived from the interaction of normal psychological processes – acceptance, defusion, attention to the present moment, observing self, values, and commitment -, which are able to explain healthy and psychopathological human functioning. At last, process and effectiveness evidence are presents, besides some

limitations of ACT, a therapeutic approach directly guided by identifying therapeutic mediators and mechanisms of action.

Algumas coisas mudam, outras não, e cada pessoa precisa descobrir a melhor forma de lidar com ambas. Essas idéias 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, apresentando o que torna a ACT invulgar: 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*, 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 mecanismos terapêuticos (Rosen & Davison, 2003). Os modelos cognitivos surgiram 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 da terapia comportamental para a TCC [terapia cognitivo-comportamental] refletiu o problema certo, mas não a melhor solução” (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, & Villatte, 2013, p. 182). 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 et al., 2011; Hayes, 2004): (1) métodos e princípios contextuais – foco em mecanismos de mudança baseados no contexto e na função dos eventos psicológicos; (2) repertório amplo e flexível – métodos eficientemente aplicados a síndromes muito distintas; (3) adequação a clientes e clínicos – modelo unificado do funcionamento

humano; (4) integração com outras vertentes de TCC – incluiu métodos efetivos das terapias cognitivas e comportamentais; (5) 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 terapia de aceitação e compromisso (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 da relação 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. 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-Skinneriana 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 a 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 reestabelecer 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, Hayes, & Reese, 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, eventos internos 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 os 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, 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. 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 a 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 na ACT para estimular a flexibilidade psicológica.

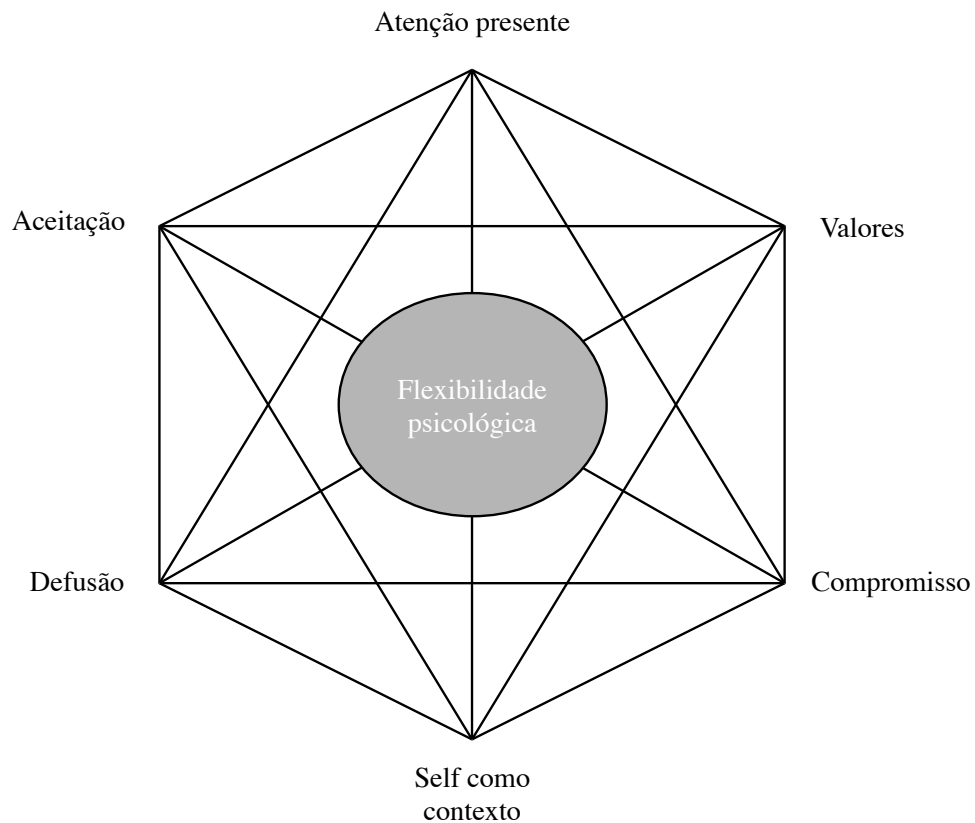


Figura 1. Componentes do Modelo de Flexibilidade Psicológica

Fusão cognitiva/defusão. A fusão cognitiva, que ocorre quando o indivíduo está sob controle 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 a 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 a 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 conceitos 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 contribuição 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 tem 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, p. 65). 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 é reconhecida como um tratamento baseado em evidências pela *Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental* (<http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>), 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* (<http://www.psychologicaltreatments.org/>) 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 facilitarem o acesso ao conhecimento científico atualizado, no entanto, estas listas apresentam uma limitação séria. O processo de validação de intervenções se baseia 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 inexistem 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 (Hayes et al.,

2013): 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.

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 “promoção excessiva da ACT e rebaixamento de intervenções comportamentais e cognitivas tradicionais” (Kanter, 2013, p. 232), como se estivesse “destinada a substituir a terapia cognitivo-comportamental como forma dominante de terapia psicológica” (Hofmann, 2008, p. 280). Outra crítica questiona as contribuições da ACT em relação à TCC tradicional: “os tratamentos são mais similares do que distintos” (Arch & Craske, 2008, p. 263) e os “críticos se perguntam se a ACT é mesmo nova e se o processo de mudança associado à ACT é diferente de abordagens existentes” (Hofmann, 2008, p. 280), pois “a eficácia/efetividade das técnicas da ACT poderia ser melhor conceitualizada com base na teoria cognitivo-comportamental clássica” (David & Hofmann, 2013, p. 111).

Os críticos também afirmam que a “ACT não deriva diretamente da TQR” (Arch & Craske, 2008, p. 265), pois as técnicas “que parecem ser diferentes de protocolos de TCC tradicionais (...) não estão especificamente ligadas aos fundamentos teóricos e filosóficos da ACT” (Hofmann, 2008, p. 281). Por fim, há preocupações antigas com os “perigos de terapias que se adiantam aos seus dados” (Corrigan, 2001, p. 192), enquanto o “consenso pode ser que o suporte da ACT não é tão bom quanto o alegado” (Kanter, 2013, p. 232).

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). 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 de outro lugar – do movimento do potencial humano, tradições orientais, terapia comportamental, tradições místicas e similares. (...) 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 algumas 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 escassez de estudos brasileiros sobre o tema, sugerem que seu desenvolvimento pode ser uma alternativa para 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 cumprido sua função.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- 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.
- 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.
- 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* (p. 237). 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., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1).
- Villardaga, 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.

Artigo 3

**Adaptação e validação de construto, convergente e divergente de uma escala de
flexibilidade psicológica para adultos brasileiros**

Resumo: Apesar do amplo suporte empírico do modelo de flexibilidade psicológica em diversos países, os instrumentos derivados desse modelo ainda não foram adaptados ao contexto brasileiro. Este artigo descreve o processo de adaptação e obtenção de evidências de validade da segunda versão do *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II; Bond et al., 2011) para o Brasil. O AAQ-II é composto por 7 itens e avalia o conceito de flexibilidade psicológica, a habilidade de conscientemente persistir em comportamentos coerentes com os próprios valores. Depois de traduzida e adaptada, a escala foi e então respondida por 1.352 estudantes universitários. A análise fatorial exploratória demonstrou boa fatorabilidade e cargas fatoriais satisfatórias. A estrutura unidimensional encontrada explica 48% da variância e tem índice de confiabilidade igual a 0,87. Não houve diferença entre sexos, mas a idade está associada ao aumento da flexibilidade. A escala apresentou boas propriedades psicométricas, que devem ser avaliadas mais completamente em outras amostras. Além disso, o AAQ-II parece ser adequado para uso em estudos sobre mecanismos de mudança terapêutica, uma antiga necessidade na pesquisa sobre psicoterapia.

Palavras-chave: validação, AAQ-II, flexibilidade psicológica, terapia de aceitação e compromisso, psicoterapia.

Abstract: Although psychological flexibility model is empirically supported in many countries, none of the measures based on the model was adapted to Brazil. This study describes the process of adapting and validating the second version of *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) to Brazil. The AAQ-II is composed by 7 items and assesses psychological flexibility, the ability to be psychologically present and persist in values-based behaviors. The scale was translated, adapted, and then answered by 1.352 college students. An exploratory factor analysis showed good factorability and adequate

loadings in all items. The unidimensional structure accounts for 48% of variance, and has a .87 reliability index. There were no sex differences, but age was slightly correlated with flexibility ($r = .13$). The scale presented good psychometric properties and must be more completely examined in other samples. Besides, AAQ-II is adequate for use in studies on mechanisms of change, which is an old need in psychotherapy research.

Keywords: validation, AAQ-II, psychological flexibility, action and commitment therapy, psychotherapy.

O ser humano é um animal que escolhe. Sempre. E cada escolha implica consequências, independente da intenção ou consciência no momento de escolher. A mulher ansiosa que degusta uma fatia de bolo, mesmo sem perceber, também acumula calorias desnecessárias e se frustra pelo regime interrompido.

Se as escolhas e suas consequências são inevitáveis, é preciso aprender a escolher. Frequentemente seguimos uma regra arriscada: normal é estar bem e eliminar o mal-estar é a prioridade. Contudo, as tentativas do alcançar o bem-estar podem ser ineficazes (Purdon & Clark, 2001; Wegner, 1994), pois pensamentos e sentimentos adversos ocorrem mesmo em circunstâncias favoráveis. Paradoxalmente, por outro lado, retirar a ênfase da redução de sintomas pode favorecer a própria redução de sintomas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011).

Basear as decisões em valores é uma alternativa a essa regra. Implícita ou explicitamente, escolhas expressam valores, o que pode atribuir sentido às consequências. A recusa de uma fatia de bolo pode gerar tristeza, mas é coerente com os planos de mais saúde e qualidade de vida.

O objetivo desse estudo é apresentar evidências de validade de construto, convergente e divergente da versão brasileira de instrumento de avaliação da capacidade de agir com base em valores. Essa capacidade é denominada *flexibilidade psicológica* (FP), a

“habilidade de contatar o momento presente de forma mais completa, como um ser humano consciente, e mudar ou persistir no comportamento quando isso servir aos fins valorizados” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p. 7).

Flexibilidade psicológica e Terapia de Aceitação e Compromisso

O construto flexibilidade psicológica foi proposto pela terapia de aceitação e compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 2011), uma abordagem cognitivo-comportamental. A ACT se baseia em uma filosofia funcionalista (Hayes, 1993; Pepper, 1966), em uma estratégia abrangente de desenvolvimento científico, a ciência contextual comportamental (Hayes, Wilson, & Barnes-Holmes, 2012), e na Teoria dos Quadros Relacionais (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), uma abordagem comportamental pós-Skinneriana da cognição e da linguagem. A ACT é parte das terapias cognitivo-comportamentais contextuais (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011), que priorizam a alteração do contexto, e não do conteúdo, de pensamentos, sentimentos e sensações.

Além de constituir uma abordagem terapêutica, a ACT propõe uma abordagem de saúde mental que integra saúde e psicopatologia (Hayes, 2006) ou “modelo unificado de funcionamento humano” (Hayes et al., 2011, p. 60). Esse modelo de funcionamento psicológico é representado pelo conceito de flexibilidade psicológica e pelo seu inverso, a inflexibilidade psicológica. O funcionamento saudável resulta da interação entre processos – aceitação, defusão, atenção ao momento presente, *self* observador, valores e comprometimento – que favorecem a disponibilidade em se adaptar às circunstâncias da vida, promovendo FP. O funcionamento psicopatológico, por outro lado, deriva da interação entre processos de indisponibilidade para adaptação – evitação, fusão, atenção rígida, *self* conceitualizado, valores pouco claros e inação ou impulsividade –, promovendo inflexibilidade psicológica e disfuncionalidade.

Da Evitação Experiencial à Flexibilidade Psicológica

Inicialmente, esse modelo era denominado evitação experiencial (EE), construto definido como o “fenômeno que ocorre quando uma pessoa está indisposta a permanecer em contato com experiências privadas particulares (...) e age para alterar a forma ou a frequência desses eventos e dos contextos que os ocasionam” (Hayes et al., 1996, p. 1154). A EE, um fenômeno tão abrangente que pode ser considerada uma categoria diagnóstica funcional, subjaz transtornos como transtorno obsessivo-compulsivo, estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático, fobia social e pânico (Salters-Pedneault, Tull, & Roemer, 2004).

A transição para a FP representou a adoção de um modelo mais amplo. O novo construto abarca a ampla capacidade de adaptação direcionada para a vivência dos valores, que pode ser prejudicada não apenas por comportamentos evitativos. Apesar dessa distinção, os conceitos ainda são considerados como equivalentes (Bond et al., 2011).

Além disso, a FP se sobrepõe a construtos mais tradicionais, como resiliência, conscienciosidade, autorregulação e tolerância ao sofrimento (Kashdan & Rottenberg, 2010). Em meio a essa variedade, a principal contribuição da FP é estabelecer um novo parâmetro de avaliação – os valores pessoais, deslocando a ênfase na redução de sintomas para a preservação e melhoria da capacidade de funcionamento (Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel, & Hoyer, 2011).

Inflexibilidade Psicológica

A inflexibilidade psicológica, processo oposto à FP, é caracterizada pela inabilidade em mudar ou persistir em comportamentos orientados por valores e está associada à disfuncionalidade. Os prejuízos variam de tentativas inócuas de regular eventos internos a estilos de vida orientados pelo medo de sofrer (Hayes & Gifford, 1997; Hayes et

al., 1996). Independentemente do contexto, a não realização dos valores pessoais é o efeito comum.

As evidências dos prejuízos associados à inflexibilidade psicológica em contextos variados são amplas. Revisões de literatura mostram a associação com diversos quadros disfuncionais, como uso de drogas, estresse pós-traumático, sequelas do abuso sexual e tricotilomania (Chawla & Ostafin, 2007); depressão e transtornos de ansiedade (Kashdan & Rottenberg, 2010; Salters-Pedneault et al., 2004); dor crônica, aprendizagem e desempenho no trabalho, qualidade de vida e gravidade dos sintomas do transtorno de personalidade *borderline* (Ruiz, 2010); ajustamento emocional e absenteísmo após um período de 12 meses (Bond et al., 2011).

O funcionamento cotidiano, um dos principais parâmetros para a mensuração do construto, é comumente prejudicado. A inflexibilidade psicológica é um preditor da redução de experiências afetivas positivas e aumento das negativas (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006); neuroticismo, prejuízos em atividades rotineiras, redução de tempo livre e de contatos sociais (Gloster et al., 2011). Em crianças, está associada ao estilo parental autoritário (Williams, Ciarrochi, & Heaven, 2012). No contexto organizacional, níveis de FP predizem desempenho (Hayes et al., 2006), absenteísmo e sofrimento psicológico (Bond et al., 2011)

Aplicabilidade

Os dados sugerem que a FP contribui para o funcionamento humano em diferentes contextos (Hayes et al., 2006). Uma análise adequada para checar essa contribuição é o teste de mediação, que avalia se as mudanças na variável dependente decorrem de alterações nas variáveis dependente e mediadora e se a variável mediadora é a responsável pelo efeito da variável independente (Baron & Kenny, 1986).

A literatura sobre processos terapêuticos caracteriza os mediadores como *mecanismos de mudança*, fatores efetivamente responsáveis pela mudança terapêutica do comportamento (Barlow et al., 2013; Kazdin, 2007). A identificação desses mecanismos é uma antiga demanda da pesquisa sobre avaliação do processo terapêutico (Paul, 1967): existem centenas de tratamentos (Kazdin, 2000), uma abundância artificial baseada na rerepresentação dos mesmos princípios terapêuticos em métodos aparentemente distintos (Kazdin, 2007).

Os mecanismos, no entanto, não se restringem ao contexto clínico: são elementos básicos do funcionamento humano. Uma revisão (Ciarrochi, Bilich, & Godsell, 2010) indica, por exemplo, que a FP medeia relações entre abuso sexual infantil e sofrimento psicológico atual, tratamento do tabagismo e da obesidade, autocuidado de pacientes com diabetes, redução do número de convulsões e aumento da qualidade de vida de portadores de epilepsia, redução do preconceito e adaptação funcional de pacientes com dor crônica. Além disso, há evidências de mediação da FP das relações entre enfrentamento, estilos de resposta e traços de ansiedade, assim como entre regulação emocional e número de experiências cotidianas positivas e negativas (Kashdan et al., 2006).

Limitações do AAQ-II

A pesquisa sobre FP apresenta limitações importantes. A natureza comportamental do construto cria um problema: FP é uma categoria de ações contextualizadas, e não uma variável psicológica hipotética, violando um pressuposto básico de algumas análises estatísticas. Além disso, a FP é definida em função do contexto, o que dificulta sua mensuração apenas com instrumentos gerais de autorrelato (Gloster et al., 2011; Hayes et al., 2004; Kashdan & Rottenberg, 2010). A natureza abrangente do fenômeno é outro obstáculo à mensuração: nenhuma das escalas disponíveis efetivamente avalia FP, apenas seus processos correlatos (Ciarrochi et al., 2010). As evidências de validade de construto,

discriminativa e incremental da FP, assim como seu papel mediador na mudança terapêutica, já foram apontadas como limitações (Chawla & Ostafin, 2007; Hofmann & Asmundson, 2008); mas há evidências consistentes sobre sua unidade e validade (Gloster et al., 2011) e poder mediador (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). Apesar do grande potencial, o conceito é recente e ainda precisa ser explorado em diferentes contextos, como escolas e organizações.

Acceptance and Action Questionnaire

A primeira versão da escala (AAQ-I, Hayes et al., 2004) foi elaborada com o objetivo de ampliar a pesquisa sobre evitação experiencial. A partir do AAQ-I, foram desenvolvidas versões para avaliação da FP em diversas condições específicas, coerentemente com a natureza contextual do construto. Há escalas para uso em casos de dor crônica, tabagismo, manejo da diabetes, dor de ouvido, obesidade, epilepsia e enfrentamento de sintomas psicóticos, entre outros (Bond et al., 2011). Estas escalas específicas são mais sensíveis a mudança, aumentando sua relevância clínica (Hayes et al., 2004).

O desenvolvimento do AAQ-I gerou um forte estímulo à pesquisa sobre FP, mas apresentava duas limitações importantes: itens de difícil compreensão e baixa consistência interna. Por isso, Bond et al. (2011) desenvolveram a segunda versão do instrumento, o AAQ-II. Neste estudo, o construto alvo foi denominado “variadamente como aceitação, evitação experiencial ou inflexibilidade psicológica” (Bond et al., 2011, p. 676). Essa ampla delimitação mostra que o conceito ainda está em desenvolvimento.

O AAQ-II foi aplicado a 2.816 participantes dos Estados Unidos e Reino Unido, em conjunto com outras 9 medidas gerais de saúde mental (p. ex., depressão, qualidade de vida e satisfação no trabalho) para checagem das propriedades de validação concorrente, convergente, preditiva, discriminante e incremental. A versão inicial continha 49 itens,

gerados por um grupo de especialistas em ACT, e a versão final foi composta por 7 itens sobre comportamentos inflexíveis, com cargas variando entre 0,59 e 0,82. Os resultados confirmaram um único fator, de acordo com a teoria, explicando 50,68% da variância total e escore médio de 27,59 ($DP = 7,97$). A correlação entre as duas versões do AAQ foi 0,97, e as correlações entre o AAQ-II e as outras medidas variaram entre 0,25 e 0,71. A confiabilidade média, um dos principais problemas da versão anterior ($\alpha = 0,70$), foi igual a 0,84.

O AAQ também foi validado em outros países, como Portugal (Pinto-Gouveia & Gregório, 2007), Espanha (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013) e Holanda (Boelen & Reijntjes, 2008). Apesar das amplas evidências de consistência da FP como modelo de funcionamento e da sua aplicabilidade, ainda não há instrumentos desenvolvidos ou adaptados para o Brasil. Por isso, o presente estudo consistiu em traduzir e adaptar o AAQ-II para o Brasil e submeter os dados à validação fatorial exploratória.

Método

Participantes

O AAQ-II – *versão brasileira* (Anexo 1) foi respondido por 1.352 participantes. A coleta de dados para a validação de construto envolveu 834 participantes das 8 cidades seguintes: Aracaju/SE ($n = 44$), Belém/PA ($n = 141$), Brasília/DF ($n = 147$), Goiânia/GO ($n = 94$), Rio Branco/AC ($n = 116$), Rio de Janeiro/RJ ($n = 123$), Unaí/MG ($n = 141$) e São Paulo/SP ($n = 27$). A coleta para as validações convergente e divergente envolveu 518 foi realizada com 518 participantes de Brasília. A amostra foi composta por 69,3% de mulheres e apresentou idade média de 24,71 anos ($DP = 7,83$).

Instrumentos

O AAQ-II original foi traduzido para o português por quatro pesquisadores independentes, dois especialistas em psicologia social e dois especialistas em psicologia clínica. As versões foram comparadas por dois juízes especialistas em psicologia clínica, que fizeram modificações para obter uma tradução mais concisa e clara.

A versão adaptada foi submetida à validação semântica por meio da análise de dois grupos de quatro estudantes universitários (Pasquali, 2010), mantendo-se todos os sete itens (Tabela 2). As respostas são dadas de acordo com uma escala de 7 pontos, entre 1 (*nunca*) e 7 (*sempre*), e os escores finais variam entre 7 e 49. Os itens originalmente avaliam inflexibilidade psicológica, mas as respostas foram invertidas para facilitar a compreensão dos resultados. Assim, escores mais elevados indicam maior flexibilidade psicológica.

Escala de Resiliência Connor-Davidson - 10 (CD-RISC 10; Lopes e Martins, 2011), para avaliação da resiliência. A escala é composta por 10 itens, como “*Dar a volta por cima*”, e tem estrutura unifatorial ($\alpha = 0,82$). Os itens são respondidos em uma escala Likert de 5 pontos, entre 0 (*nunca é verdade*) e 4 (*sempre é verdade*).

Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D; Batistoni, Neri e Cupertino, 2007), para avaliação da depressão. Escala composta por 20 itens ($\alpha = 0,86$) que avaliam 4 fatores: afetos negativos (p.ex., “*Senti-me sozinho*”), afetos positivos (p.ex., “*Aproveitei minha vida*”) e dificuldades de iniciar comportamentos (p.ex., “*Falei menos do que o habitual*”), além de um quarto fator não interpretado (p.ex., “*Meu sono não foi repousante*”), avaliados por meio de uma escala Likert de 4 pontos, entre 1 (*raramente*) e 4 (*sempre*).

Inventário de Ansiedade Traço-Estado - Traço (IDATE-T; Fioravanti et al., 2006), para avaliação da ansiedade. Instrumento composto por 20 itens ($\alpha = 0,88$), respondidos

em uma escala de 1 (*quase nunca*) a 4 (*quase sempre*) sobre como o respondente geralmente se sente. A estrutura é bifatorial, indicando presença ou ausência de ansiedade.

Questionário de Saúde Geral - 12 (QSG-12; Gouveia et al., 2003), para avaliação da saúde mental geral. Instrumento composto de 12 itens que avaliam dois fatores: depressão ($\alpha = 0,81$) e ansiedade ($\alpha = 0,66$). Os itens são respondidos de acordo com escalas de 4 pontos que indicam a frequência com que o respondente tem experimentado o conteúdo de cada item.

Procedimentos

Inicialmente, o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Após a aprovação, diretores e docentes de instituições de ensino superior foram contatados para autorizar a aplicação dos questionários em estudantes universitários. Todos os participantes consentiram com a participação no estudo e preencheram o instrumento em sala de aula, durante o horário letivo regular.

Análise dos dados

A fatorabilidade da escala foi verificada por meio do teste de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o número de fatores foi avaliado por meio das análises de componentes principais (PC) e paralela (PA). Em seguida, foi realizada a análise fatorial exploratória (PAF) e o alfa de Cronbach. Por fim, os escores do AAQ-II foram correlacionados, por meio do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, aos construtos de saúde geral e resiliência, para a validação convergente, e aos construtos de depressão e ansiedade, para validação divergente.

Resultados

As análises apresentaram resultados satisfatórios, como mostra a Tabela 1. A matriz apresentou boa fatorabilidade (KMO = 0,87), e a PC mostrou que apenas o

autovalor empírico para um fator único ($\lambda = 3,9$) superava o autovalor aleatório correspondente indicado pela PA ($\lambda = 1,13$). O fator único extraído pela PAF apresentou cargas fatoriais acima de 0,3 em todos os itens (0,61 a 0,75), explicando 48,4% da variância. O índice de consistência interna foi 0,86. A FP média foi 32,54 ($DP = 8,62$), com uma associação positiva entre idade e flexibilidade ($r = 0,13$), mostrando uma leve tendência ao aumento da flexibilidade com o passar dos anos. Homens apresentaram flexibilidade média ($M = 34,97$, $DP = 8,39$) superior às mulheres ($M = 31,43$, $DP = 8,49$), $t(769) = 5,32$, $p < 0,001$.

Tabela 1
Análise Fatorial Exploratória do AAQ-II – versão brasileira

Item	Carga fatorial
1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	0,73
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	0,61
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	0,64
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	0,75
5. Emoções causam problemas na minha vida.	0,70
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	0,71
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	0,72
Variância total explicada	48,42%
Média da escala	32,54
Desvio-padrão da escala	8,62
Alfa de Cronbach	0,87

A Tabela 2 apresenta as correlações entre a FP e construtos indicativos de saúde mental. Na validação convergente, os escores do AAQ-II estiveram positivamente

correlacionados aos construtos de saúde geral ($r = 0,21$) e resiliência ($r = 0,35$). Na validação divergente, por outro lado, houve correlações negativas ainda maiores entre flexibilidade psicológica e os índices de depressão ($r = -0,62$) e ansiedade ($r = -0,71$). Foram realizadas correlações parciais entre as medidas e todos os valores se mantiveram significativos.

Tabela 2

Correlações Entre FP e Outros Construtos Psicológicos

Instrumento	Construto	Amostra	n	r com AAQ-II
CD-RISC 10	Resiliência	1	179	0,35**
CES-D	Depressão	1	179	-0,62**
IDATE-T	Ansiedade	2	210	-0,71**
QSG-12	Saúde geral	3	129	0,21*

Nota. * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Discussão

Essa validação do AAQ-II mostra que o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias. A análise fatorial exploratória indicou uma estrutura unifatorial, que explica 48,42% da variância do construto. Esse resultado corresponde à teoria: diferentes processos psicológicos, em interação, promovem a flexibilidade psicológica. Da mesma forma, embora os itens da escala avaliem esses processos correlatos, mas configuraram um único fator. As cargas fatoriais foram elevadas, entre 0,61 e 0,75, e o alpha de Cronbach de 0,87 sugere a confiabilidade do instrumento. Esses resultados são equivalentes ou superiores aos encontrados nas versões validadas em outros países, como Espanha (α entre 0,75 e 0,93; Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán, 2013), Estados Unidos/Reino Unido (α médio = 0,84; Bond et al., 2011), Holanda (α =

0,74; Boelen & Reijntjes, 2008), Itália ($\alpha = 0,83$; Pennato, Berrocal, Bernini, & Rivas, 2013) e Portugal ($\alpha = 0,84$; Pinto-Gouveia & Gregório, 2007).

As correlações com processos associados à saúde mental também se mostraram consistentes com o modelo teórico. Na validação divergente, os construtos que sinalizam psicopatologia apresentaram correlações negativas com a FP: depressão, $r = -0,62$, e ansiedade, $r = -0,71$, como indicado em revisões anteriores (Kashdan & Rottenberg, 2010; Salters-Pedneault et al., 2004). Na validação convergente, os construtos relacionados ao funcionamento saudável apresentaram correlações positivas, mas pequenas, com os escores de FP: saúde geral, $r = 0,21$, e resiliência, $r = 0,35$. Esse último resultado é coerente com a literatura (Kashdan & Rottenberg, 2010), que sugere a possibilidade de integrar no conceito de FP a pesquisa de fenômenos tradicionalmente estudados de forma assistemática, como resiliência, autorregulação e tolerância ao sofrimento. A correlação de 0,35 mostra que FP e resiliência são conceitos próximos, mas distintos; afinal, a FP traria uma contribuição única: o sucesso individual é avaliado em função dos valores pessoais. A habilidade de adaptação às condições externas e internas é sempre orientada para a realização de uma vida com sentido, independente da frequência ou intensidade de pensamentos disfuncionais e sentimentos aversivos.

Limitações

Este estudo encontrou bons resultados psicométricos para o AAQ-II, mas limitações importantes podem comprometer a consistência das evidências empíricas. Em primeiro lugar, a análise utilizada para validar o instrumento e a teoria que fundamenta a FP apresentam pressupostos distintos. A técnica de análise fatorial assume que os comportamentos descritos nos itens do questionário, as variáveis observáveis, resultam da influência de uma causa interna, a variável hipotética. O funcionalismo contextual, por

outro lado, pressupõe que termos como FP não se referem a variáveis internas, mas apenas nomeiam categorias funcionais de comportamento.

Em segundo lugar, o AAQ-II é o único instrumento disponível para mensurar FP. Em função da ausência de escalas e avaliações comportamentais alternativas, os resultados não podem ser comparados a medidas validadas. Além disso, instrumentos curtos são pouco sensíveis a variação, comprometendo sua aplicação para avaliar mudanças comportamentais.

Em terceiro lugar, apesar das evidências adequadas, a estrutura unifatorial ainda precisa ser submetida à análise fatorial confirmatória. Por fim, apenas estudantes universitários participaram da coleta de dados presencial. Apesar do grande número de participantes, a homogeneidade da amostra limita a generalização dos resultados para outras populações.

Considerações finais

Ao longo da história da psicologia clínica, diversos pesquisadores (Kazdin, 2007; Paul, 1967; Rosenzweig, 1936) apontaram a necessidade de identificar os mecanismos responsáveis pela mudança terapêutica. Até o momento, as evidências mostram que a FP pode ter esse papel (Kashdan & Rottenberg, 2010).

As implicações da identificação de um mediador da mudança terapêutica são amplas. No contexto clínico, por exemplo, isso sugere que planos de tratamento orientados para a promoção de FP representam um caminho validado para a mudança, por meio de técnicas baseadas em aceitação (Hayes et al., 1999; 2011), *mindfulness* (Roemer & Orsillo, 2009), valores (Dahl, Plumb, Stewart, & Lundgren, 2009) e comprometimento (Kanter, Busch, & Rusch, 2009), entre outras. Além disso, a promoção de FP também está associada a mudanças comportamentais do clínico, como o aumento da receptividade a métodos complementares (Varra, Hayes, Roget, & Fisher, 2008).

No contexto da pesquisa em psicoterapia, isso significa atender a uma agenda de pesquisa antiga – e, considerando-se a proliferação de estudos sobre FP, uma agenda produtiva. Identificar um mecanismo de mudança do comportamento é uma resposta a demandas antigas, mas também apenas o princípio de outra agenda sobre os diversos contextos em que se busca a mudança comportamental.

Por exemplo, na área organizacional, a FP está associada ao aumento do desempenho profissional (Hayes, 2006), a maiores índices de vendas, satisfação profissional e sucesso educacional, além da redução do absenteísmo (Bond et al., 2011). Nos esportes, intervenções de promoção da FP favorecem o desempenho de enxadristas (Ruiz & Luciano, 2009) e o aumento da força física (Secades, Terrados, García, & Garcia, 2004).

Enfim, apesar de ter uma história ainda recente, as evidências empíricas sobre a FP mostram que o estudo deste construto é promissor. Em princípio, identificar um mecanismo de mudança significa expandir a compreensão do funcionamento humano, a capacidade de influenciar o comportamento e a possibilidade de desenvolver intervenções mais precisas, econômicas e passíveis de transposição para cenários naturais diversos.

Referências

- 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.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 871-890.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Em R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change* (pp. 51-76). Oakland, CA: New Harbinger.
- Dahl, J., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art & science of valuing in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Fernández R, Secades R, Terrados N, García E, & García JM (2004). Efecto de la hipnosis y de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora de la fuerza física en piragüistas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 481-493.

- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment, 23*(4), 970-82.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. Em S. C. Hayes, L. J. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science, 8*(3), 170-173.
- 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., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record, 54*, 553-578.
- 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., Wilson, K. G., & Barnes-Holmes, D. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*, (1-2), 1-16.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Pankey, J., Gifford, E. V., Batten, S. V., & Quiñones, R. (2002). Acceptance and commitment therapy in experiential avoidance disorders. Em T. Patterson (Ed.),

- Comprehensive handbook of psychotherapy* (2nd ed., pp. 319-351). New York: John Wiley & Sons.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1–16.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. London: Routledge Press.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*(9), 1301-20.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865-78.
- Kazdin A. E. 2000. *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford Univ. Press.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.

- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. Em L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e prática* (pp. 165-198). Porto Alegre: Artmed.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*(2), 109-118.
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. DOI: 10.1007/s10862-013-9355-4.
- Pepper, S. C. (1966). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California.
- Purdon, C., & Clark, D. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour research and therapy, 39*(10), 1163-81.
- 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.

- Ruiz, F.J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21, 347-352.
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11(2), 95-114.
- Varra, A. A., Hayes, S. C., Roget, N., & Fisher, G. (2008). A randomized control trial examining the effect of acceptance and commitment training on clinician willingness to use evidence-based pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 449-458.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34-52.

CONCLUSÃO

A insistência dos pesquisadores de psicologia clínica na identificação de mecanismos de funcionamento validados é uma demanda básica. Por exemplo, a nova edição do DSM (APA, 2013) afirma que "diagnósticos confiáveis são essenciais para guiar recomendações sobre o tratamento, identificar níveis de prevalência para o planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisa clínica e aplicada e documentar importantes informações de saúde pública", (APA, 2013, p. 5). Apesar das controvérsias sobre seu modelo de categorias estruturais, o DSM representa um esforço para a identificação de diagnósticos confiáveis. No entanto, diagnósticos precisos são pouco úteis na ausência de mecanismos validados.

O Manuscrito 1 mostrou que o avanço da pesquisa sobre processo em psicoterapia é lento, em parte devido a limitações inerentes ao método científico e à natureza do objetivo da clínica. No entanto, alguns elementos simples estão associados ao resultado do tratamento, como a aliança terapêutica e a lealdade do terapeuta a uma abordagem. Ao longo da história da área, diversos pesquisadores apontaram e ainda apontam o caminho para ampliar o conhecimento sobre o funcionamento da psicoterapia: pesquisar moderadores e mediadores da mudança terapêutica, o que permitirá entender quando e porque ocorrem os resultados.

O Manuscrito 2 apresentou uma abordagem terapêutica, a ACT, orientada para a identificação de mecanismos terapêuticos. O modelo unificado de mudança do comportamento proposto pela ACT, a flexibilidade psicológica, dispõe atualmente de amplo suporte empírico como um mediador da mudança comportamental. Isso é coerente com a natureza funcionalista dessa abordagem, orientada para a identificação de princípios comportamentais que permitam a manipulação do ambiente para promoção da mudança.

O Manuscrito 3, por fim, descreveu a validação de uma escala de avaliação da flexibilidade psicológica, a *Acceptance and Action Questionnaire II*, para o Brasil. Os resultados indicam que a escala é confiável e mantém sua estrutura unifatorial original, coerente com o modelo teórico da flexibilidade. A validação desse instrumento permite aos pesquisadores brasileiros trabalhar com um mediador da mudança comportamental validado em diferentes países e em diferentes contextos, da clínica às organizações, da saúde aos esportes.

No caso das intervenções psicológicas, identificar mecanismos de mudança do comportamento é uma demanda básica e tem importantes implicações clínicas, técnicas e éticas. No campo clínico, conhecer os elementos responsáveis pelo resultado terapêutico significa intervenções mais simples e pode dar sentido à proliferação de abordagens supostamente distintas. A complexidade desnecessária implica tratamentos mais longos e com maior custo. Por outro lado, intervenções simples podem ser mais baratas e efetivas.

Entre as implicações técnicas, o foco em mecanismos de ação pode ajudar a superar a disputa entre abordagens distintas. Embora o primeiro estudo mostre que a lealdade do clínico a uma abordagem é um dos fatores terapêuticos com maior suporte empírico, o apego excessivo a um sistema terapêutico pode dificultar o reconhecimento de princípios de mudança que contradigam o próprio sistema. Por outro lado, a identificação desses mecanismos permite que cada abordagem adapte esses elementos ao seu próprio modelo, retirando o foco da preservação do modelo e investindo no seu desenvolvimento e consolidação. Além disso, sem a compreensão clara do processo do tratamento, os mesmos princípios podem ser artificialmente embalados sob novos formatos, tornando a clínica altamente vulnerável a interesses não orientados para o bem estar do paciente.

Por fim, identificar mecanismos de ação também pode ter implicações éticas. Uma delas é a prevenção da apropriação indevida de mecanismos tradicionais. Além disso, o

código de ética do psicólogo recomenda a prestação de serviços psicológicos baseados em "princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica" (CFP, 2005, p. 8).

A ACT demonstra alguns desses benefícios. No lugar da competição entre abordagens, reconhece e incorpora elementos de outros sistemas, como valores (Frankl, 2009; Rogers, 1962), técnicas de comprometimento (Kanter, Busch, & Rusch, 2009), e mindfulness (Kabat-Zin, 1982). Desde a origem, o foco das pesquisas foi distribuído entre estudos de eficácia, efetividade e de componentes, permitindo desenvolver um modelo efetivo baseado em uma teoria válida. Baseada no funcionalismo, a ACT tem objetivos claros que permitem a avaliação do seu progresso: os princípios da ciência comportamental contextual, projeto de desenvolvimento científico no qual está inserida, regulam e orientam seu percurso. A construção de uma abordagem efetiva e coerente entre seus níveis filosófico, teórico e aplicado, capaz de atender antigas demandas da pesquisa em psicoterapia, resulta diretamente da execução desse projeto científico.

A ACT é um modelo recente, são apenas 15 anos desde o início da sua disseminação. Até o momento, os estudos sugerem um modelo sólido com resultados positivos. A história do conhecimento mostra, no entanto, como o apego a modelos atravanca o desenvolvimento da ciência e da sociedade (Feyerabend, 1975). No caso da psicoterapia, a disputa entre modelos parece ter sido um dos componentes responsáveis pela estagnação da agenda de pesquisa orientada para elucidar o funcionamento do tratamento.

Esses estudos apresentam algumas limitações. O Estudo 1 apresenta evidências de efetividade relativas a fatores terapêuticos, mas carece de um método estruturado para organizar os dados. A utilização dos métodos de uma revisão sistemática, por outro lado, traria mais consistência e confiança aos resultados apresentados. Quanto ao Estudo 3,

embora a escala apresente propriedades psicométricas adequadas, é indispensável submetê-la à uma análise fatorial confirmatória para checar a consistência da sua estrutura unifatorial. Além disso, considerando o caráter aplicado da escala, a realização de validações preditivas poderá identificar o potencial da flexibilidade psicológica para as áreas de avaliação e intervenção.

Os resultados apresentados ao longo desta dissertação podem ser aplicados em diferentes contextos. Em relação à formação profissional, o foco em mecanismos de ação revela que a estrutura curricular predominantemente baseada na distinção de tradições terapêuticas é bastante limitada, pois resultados não são critério de validade para uma teoria. Além disso, é indispensável treinar futuros clínicos em elementos terapêuticos comprovadamente efetivos. Focalizar fatores que funcionam e como aplicá-los é focalizar o bem estar de clientes e pacientes, o que tem implicações diretas na organização curricular. Para a prática profissional, por outro lado, identificar mecanismos implica maior autonomia profissional. Embora a pesquisa em psicoterapia seja tradicionalmente associada a aplicações clínicas, mecanismos de mudança do comportamento podem ser aplicados, em princípio, irrestritamente. Na clínica, isso pode significar intervenções baseadas em princípios com suporte empírico e, possivelmente, mais efetivas. Fora da clínica, abre-se um campo de atuação ilimitado: onde quer que a mudança de comportamento seja importante, há espaço para a atuação do terapeuta eficiente na promoção de mecanismos terapêuticos.

Em qualquer área, é prioritário entender como procedimentos produzem resultados. Na psicoterapia, compreender o papel de mediadores e moderadores do comportamento humano é compreender porque e como a mudança comportamental acontece. Embora esse caminho tenha sido apontado repetidamente, ainda pode render bons frutos para a compreensão da condição humana e promoção de uma vida melhor.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Boss, M. (2001). *Seminários de Zollikon - Martin Heidegger*. Petrópolis: Vozes.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Feyerabend, P. (1975). *Contra o método*. São Paulo: Editora UNESP.
- Frankl, V. E. (2009). *Em busca de sentido*. Petrópolis: Vozes.
- 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.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive features*. London: Routledge Press.

ANEXO A

Versão do *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) adaptada ao Brasil

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Sexo [F] [M] Idade _____