



**TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO: UMA INTRODUÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

Luiz Eduardo Barcellos Rodrigues

Porto Alegre, 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E DA
PERSONALIDADE

CURSO DE PSICOLOGIA

**TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO: UMA INTRODUÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

Trabalho apresentado como requisito parcial para
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia,
sob orientação do Prof. Dr. Gustavo Gauer

Luiz Eduardo Barcellos Rodrigues

Porto Alegre, 2017

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho traz seus resultados no final de minha graduação. Entretanto, não se pode negligenciar o fato que é só resultado de um longo processo, que se iniciou muito antes de meu ingresso na UFRGS e tem a participação de pessoas muito especiais.

Assim, meus pais, Luiz Alberto e Lisiane, promoveram o ambiente necessário para que sempre pudesse dedicar meu tempo aos estudos. Nesse ambiente, carinho, motivação e apoio nunca estiveram ausentes. Agradeço a eles por todo o amor e paciência ao longo de toda a minha vida.

Minha namorada, Taís, cuja prudência e compreensão me mostraram a linda mulher que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis. Como uma estrela na noite mais escura, sua presença era a calma e maturidade que me acompanhou nos últimos 7 anos e permitiu que eu vencesse muitos obstáculos.

Meus colegas, Júlio, Henrique e Daniel, cuja amizade foi forjada na graduação, mas seus resultados transbordaram para os mais diversos projetos e esferas de nossas vidas. Que tenhamos muita vitalidade para seguir nossos sonhos e que a chama do empreendedorismo nunca se apague.

Ao meu orientador, Prof. Gustavo Gauer, que me acolheu no BioSig (à época, BiosPheC) desde o meu terceiro semestre e sempre foi um exemplo de pesquisador, docente e amigo: um verdadeiro mestre cujos valiosos ensinamentos terei o privilégio de levar até o fim de minha vida.

À Prof^a. Lisiane Bizarro, por toda sua paciência e didática com os inquietos jovens integrantes da Organiza! Empresa Júnior e TEDxUFRGS. Sem seu espírito empreendedor e esperança no futuro, centenas de vidas não teriam sido positivamente impactadas pelos projetos. Que parceria, colaboração e crescimento não faltem na sala 105.

Encerro agradecendo aos colegas do Laboratório BioSig, demais professores do Departamento de Desenvolvimento e amigos que fizeram parte de minha jornada acadêmica. Obrigado por fazerem parte da minha formação e deixarem minha caminhada mais alegre.

SUMÁRIO

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1	8
CAPÍTULO 2	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	30

RESUMO

As terapias cognitivo-comportamentais são intervenções baseadas em pesquisas empíricas, compreendendo uma mistura de princípios cognitivos e comportamentais. Consideradas uma das principais práticas baseadas em evidências, passaram por muitas modificações desde os anos 1950. A partir do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, terapias que priorizavam aspectos comportamentais e estabeleciam pouco foco em intervenções cognitivas começaram a surgir. A Terapia Comportamental Dialética, baseando-se em sua Teoria Biossocial, e a Terapia de Aceitação e Compromisso, com fundamentação na Teoria dos Quadros Relacionais, trouxeram inovações à tradição cognitivo-comportamental. Ênfase no contexto e função de comportamentos e pensamentos conferiram a tais práticas a categoria de terapias contextuais. Ainda pouco difundidas no Brasil e com poucos estudos randomizados controlados, as terapias contextuais trazem importantes atualizações na tradição cognitivo-comportamental. Seus benefícios, entretanto, devem ser vistos com cautela.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, DBT, ACT.

Terapia Comportamental Dialética e Terapia de Aceitação e Compromisso:

Uma Introdução para Profissionais da Saúde Mental

Ao longo de toda a sua existência, as terapias hoje consideradas cognitivo-comportamentais foram submetidas a diferentes mudanças, não só técnicas, mas também de compreensão da psicopatologia e sofrimento humanos. Passando pelas primeiras terapias comportamentais nos anos 1950, depois se tornando - de fato - terapias cognitivo-comportamentais nos anos 1970 com Beck e Ellis, essas intervenções foram recebendo cada vez mais atenção por parte de clínicos, pesquisadores, analistas de políticas públicas e pacientes.

No início dos anos 1990, abordagens com diferenças relevantes apareceram. Entre elas, estavam a Terapia Comportamental Dialética e Terapia de Aceitação e Compromisso. Essas intervenções possuem similaridades entre si, mas também diferenças. As semelhanças principais são um foco em *mindfulness*, aceitação e a compreensão da relação terapêutica (Öst, 2007).

Elaborada por Linehan, a Terapia Comportamental Dialética baseia-se na Teoria Biossocial, com sua compreensão de vulnerabilidade biológica e interações com o ambiente familiar, e na Dialética, para equilibrar e tolerar extremos presentes em comportamentos e pensamentos de pacientes Borderline. É importante esclarecer que a Terapia Comportamental Dialética visou preencher uma lacuna na psicopatologia: como compreender, avaliar e tratar pacientes diagnosticados com Borderline? Buscando respostas para essas questões, Marsha Linehan desenvolve a Teoria Biossocial e amplia conceitos como “desregulação emocional” (Van Dijk, 2013).

A Teoria Biossocial busca apresentar um modelo compreensivo da psicopatologia, sobretudo quanto ao Transtorno de Personalidade Borderline. Postulando que indivíduos teriam predisposições biológicas a maior ou menor instabilidade emocional e que o ambiente no qual o indivíduo é criado possui papel definidor no desenvolvimento de psicopatologias, Linehan (1993) aprimorou o entendimento sobre pacientes Borderline.

O psiquiatra Allen Frances (1993) destaca que o problema abordado pela Terapia Comportamental Dialética é um enigma clínico importante e prevalente. Pacientes Borderline

sofrem e causam sofrimento, nas maneiras mais dramáticas possíveis. É o Transtorno de Personalidade mais freqüente na prática clínica e com a maior taxa de suicídio e tentativas de suicídio. São pacientes imprevisíveis, aproximando-se e se afastando do tratamento com extrema rapidez (Linehan, 1993).

A Terapia de Aceitação e Compromisso desenvolvida por Hayes tem sua base na Teoria dos Quadros Relacionais, que é derivada de uma visão filosófica conhecida por contextualismo funcional (Gifford & Hayes, 1993). É uma tentativa de oferecer uma maneira de integrar cognição e linguagem a um modelo comportamental. Conforme a Teoria, o núcleo da linguagem humana é a habilidade aprendida e controlada pelo contexto de, arbitrariamente, relacionar eventos mutuamente e em combinação e alterar as funções de eventos específicos baseado na relação deles com outros (Hayes et al., 2006). Deriva-se, então, que as relações verbalmente mediadas podem alterar e limitar processos comportamentais (Hofmann & Asmundson, 2008).

Cabe esclarecer que a Terapia de Aceitação e Compromisso possui uma compreensão própria quanto ao sofrimento humano. Nesse sentido, o modelo apresentado por Hayes (2007) postula que há seis processos de adoecimento psicológico. Cada um é o contrário dos seis processos terapêuticos propostos pela terapia, que são: aceitação, desfusão, contato com o momento presente, eu que observa, valores e ações comprometidas com valores. Há técnicas e exercícios elaborados para trabalhar cada um dos processos, ainda que não se trate de uma terapia baseada em protocolos, mas sim em princípios.

Ainda há controvérsias quanto à real existência de um movimento de terceira onda ou geração nas terapias cognitivo-comportamentais. Por um lado, Hayes e colaboradores (2006) consideram que o momento é de fortes mudanças nas TCCs, em função do surgimento de intervenções baseadas em *mindfulness* e aceitação. Por outro lado, essa interpretação tem sido recebida com críticas por pesquisadores (Corrigan, 2001; Öst, 2008, Hofmann & Asmundson, 2008).

A partir do final dos anos 1990, uma composição de novas terapias comportamentais emergiram com ênfase em questões tradicionalmente pouco enfatizadas ou, até mesmo, fora do escopo dos terapeutas cognitivo-comportamentais. Tal ênfase inclui *mindfulness*, aceitação, a relação terapêutica, valores, espiritualidade, meditação, foco no momento presente, entre outros tópicos. Essas terapias surgiram tanto das alas mais comportamentais quanto das mais cognitivas. Elas diferem do que é mais usual na tradição comportamental

não apenas no foco, mas também na aplicação. Com tantas mudanças, elas são difíceis de serem caracterizadas utilizando-se das tradicionais distinções entre terapias comportamentais, cognitivo-comportamentais e outras (Hayes et al., 2004b). Assim sendo, estudos que analisem e divulguem as novas terapias contextuais são essenciais para avançar a pesquisa com tais psicoterapias no Brasil e a produção de novas práticas baseadas em evidência do país.

O objetivo deste estudo é realizar uma breve exposição da Terapia Comportamental Dialética e Terapia de Aceitação e Compromisso - ambas terapias consideradas de terceira onda ou contextuais -, dos seus pressupostos teóricos e das inovações que trazem às terapias cognitivo-comportamentais, levando em consideração seu contexto histórico, aplicação no mundo e divulgação no Brasil.

CAPÍTULO 1

A Terapia Cognitivo-Comportamental e seu contexto histórico

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser melhor denominada como terapias cognitivas e comportamentais, considerando que muitos tratamentos podem ser tidos como TCC. Tais terapias dão ênfase a uma integração entre teorias, como o cognitivismo e o comportamentalismo. São terapias relativamente breves, orientadas para objetivos e focadas na resolução de problemas e se baseiam na premissa de que a mudança cognitiva é possível e pode levar à mudança comportamental (Dobson, 2002). Um dos grandes objetivos da TCC é ajudar os clientes a lidar com emoções irracionais ou perturbadoras, cultivando em seu lugar emoções racionais e saudáveis (Robertson, 2010). Na medida do possível, enfatiza-se que as crenças devem ser testadas na prática. Mahoney e Ainkoff (1978) propõem uma classificação para as diferentes terapias cognitivo-comportamentais, dividindo-as em três tipos: terapias de reestruturação cognitiva, de habilidades de *coping* e de resolução de problemas. A diferença se daria no grau em que cada uma trabalha para ocorrerem mudanças cognitivas ou comportamentais.

A TCC é a escola predominante de psicoterapia baseada em evidências. Em 2000, já apresentava mais de trezentos testes clínicos corroborando sua eficácia. Pode-se dizer que é o

tratamento psicoterapêutico com maior embasamento empírico (Butler & Beck, 2000). A abordagem de Aaron Beck tornou-se a mais influente no campo das TCCs. Conforme Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), o paciente é ajudado pelo terapeuta a:

1. Monitorar pensamentos automáticos negativos, ou cognições;
2. Avaliar a relação entre pensamentos, sensações e comportamentos;
3. Analisar cuidadosamente evidências a favor e contra suas próprias crenças distorcidas ou desadaptativas;
4. Gerar alternativas aos pensamentos negativos e substituí-los;
5. Identificar e modificar pressuposições e crenças que predisõem a pensamentos automáticos negativos.

Um apanhado histórico

Nos anos 1920, a oposição ao método psicanalítico serviu para fomentar uma outra linha terapêutica. Nascida em laboratórios e ligada à pesquisa com modelos animais, a abordagem comportamental representou um esforço para entender e tratar comportamentos patológicos (Barlow, 2014). A terapia comportamental surge a partir da teoria da aprendizagem de Pavlov (1927) e Skinner (1953), que utilizava modelos animais para aprendizagem e derivava implicações para a psicopatologia. Conforme Barlow (2014), as primeiras tentativas de aplicação de princípios comportamentais à clínica foram desenvolvidas por Mowrer (1939), Watson e Rayner (1920) e Wolpe (1952). Hans Eysenck esteve entre os pioneiros na conceitualização da terapia comportamental e a promoção do que viria a ser conhecido como práticas baseadas em evidência. Posteriormente, foram incluídas noções do cognitivismo por Beck (1976), Goldfried e Davison (1976) e Meichenbaum (1977).

O psiquiatra Aaron Beck começou a desenvolver a terapia cognitiva porque observou que as explicações para o comportamento humano promulgadas pelos psicanalistas não eram suficientes para explicar o que realmente ocorria nas sessões com pacientes deprimidos. Os pensamentos e a avaliação que o paciente deprimido fazia sobre sua experiência eram notoriamente negativos e acessíveis para mudança (Barlow, 2014). A terapia cognitiva de Beck enfatizava, assim, pensamentos e comportamentos do presente. O trabalho do terapeuta

cognitivo é revelar regras, valores e pressuposições que o paciente tenha desenvolvido ao longo de sua vida e avaliar se algum desses predispõe o paciente a algum transtorno mental.

Aaron Beck e Albert Ellis descreveram o núcleo da TCC na década de 1960. Mas as abordagens cognitivas para a psicoterapia não evoluíram para uma escola de pensamento até a década de 1970, quando a Terapia Racional Emotiva Comportamental de Ellis e, posteriormente, a terapia cognitiva de Beck começaram a se desenvolver em popularidade (Robertson, 2010). Durante todos esses anos, a TCC passou por muitas mudanças, mas sempre manteve seu comprometimento com a ciência, teoria e boas práticas (Hayes, Follette & Linehan, 2004a).

Após os esforços iniciais para tratar a depressão, o modelo avançou em direção ao tratamento de diversos transtornos encontrados na clínica, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico, transtornos alimentares, abuso de drogas e distúrbios do pensamento associados às psicoses. A terapia também foi aplicada - com modificações - em todas as idades e em diferentes contextos (Beck, Davis & Freeman, 2015). O legado de Beck atrai interesse de clientes e profissionais no mundo inteiro e gerou centros de treinamento e tratamento ao redor do globo. Assim, “o interesse em abordagens cognitivas por parte de terapeutas aumentou em 600% entre 1973 e 1989” (Norcross, Prochaska, & Gallagher, 1989, citado por Prochaska & Norcross, 2003). Sobre a TCC, Prochaska e Norcross (2003) expressam:

Probably the safest prediction about cognitive therapy’s direction is that it is moving up. Cognitive-behavioral therapies in general, and Beckian cognitive therapy in particular, are the fastest growing and most heavily researched orientations on the contemporary scene. The reasons for its current popularity are manifest: cognitive therapy is manualized, relatively brief, extensively evaluated, medication compatible, and problem focused. Let us put it this way: if we were forced to purchase stock in any of the psychotherapy systems, Beck’s cognitive therapy would be the blue-chip growth selection for the next five years. (p. 369)

A ênfase subsequente voltou-se para a necessidade de todos os terapeutas - quando possível - utilizarem práticas baseadas em evidências, em vez de procedimentos que não foram testados de maneira rigorosa. Da mesma forma, o treinamento de todos os profissionais da saúde mental deveria ser fundamentado em tratamentos que estão estabelecidos conforme

a literatura da área. Nunca negando, é claro, o fato de que clínicos estão em constante contato com diferentes problemas de vários pacientes - requerendo, assim, adaptações flexíveis dos princípios terapêuticos estabelecidos (Barlow, 2014).

A partir dos anos 1990, terapias contextuais começaram a surgir. Entretanto, apenas alterações pontuais não são suficientes para mudarem um paradigma. A terceira geração da terapia cognitivo-comportamental foi definida por Hayes e colaboradores (2004b) da seguinte maneira:

Grounded in an empirical, principle-focused approach, the third wave of behavioral and cognitive therapy is particularly sensitive to the context and functions of psychological phenomena, not just their form, and thus tends to emphasize contextual and experiential change strategies in addition to more direct and didactic ones. These treatments tend to seek the construction of broad, flexible, and effective repertoires over an eliminative approach to narrowly defined problems, and to emphasize the relevance of the issues they examine for clinicians as well as clients. The third wave reformulates and synthesizes previous generations of behavioral and cognitive therapy and carries them forward into questions, issues, and domains previously addressed primarily by other traditions, in hope of improving both understanding and outcomes. (p. 658; itálico no original).

Assim definidas, as novas terapias levam adiante a tradição comportamental, mas abandonam um compromisso único ao condicionamento de primeira ordem, adotam mais pressupostos contextuais, mais estratégias experienciais e de mudança indireta, além de estratégias diretas e ampliam consideravelmente o foco da mudança (Hayes et al., 2004a).

CAPÍTULO 2

O que é a Terapia Comportamental Dialética (TCD)?

Em 1980, Marsha Linehan, psicóloga norte-americana, estava trabalhando com sua equipe para encontrar maneiras mais eficazes de tratar o comportamento suicida. Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é marcado por comportamentos impulsivos,

frequentemente incluindo tentativas de suicídio, autolesão e outros comportamentos prejudiciais à saúde. A terapia cognitivo-comportamental não pareceu muito útil no tratamento da TPB, fazendo com que Linehan e sua equipe continuassem trabalhando no desenvolvimento de novas estratégias para ajudar pessoas com TPB. O resultado do esforço foi a criação da Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behaviour Therapy*, em inglês) (Van Dijk, 2013).

Embora TCD tenha sido projetada originalmente para tratar TPB, sabe-se que é bastante útil para qualquer pessoa com problemas de desregulação emocional, mesmo que a causa não esteja relacionada a um transtorno mental. Na TCD, o terapeuta pode escolher quais peças da terapia serão efetivas para clientes diferentes. Em resumo, quando você não está usando TCD para tratar TPB, o modelo é muito flexível e pode ser usado para qualquer transtorno (Van Dijk, 2013).

TCD é uma forma de TCC. Pode-se ver como um híbrido de várias terapias e técnicas diferentes. TCD é apenas TCC usando uma linguagem diferente, com *mindfulness* e técnicas de aceitação (Palmer, 2002). A principal diferença é que TCD é uma terapia orientada por princípios, enquanto a TCC tende a ser uma terapia baseada em protocolos. O terapeuta é guiado por princípios, permitindo que a prática terapêutica seja mais flexível. Quando um cliente está passando por vários problemas, a tentativa de seguir um protocolo de tratamento altamente estruturado que atinja apenas um desses problemas é quase impossível (Swales & Heard, 2009).

Uma segunda diferença entre TCD e TCC é a forma como o tratamento acontece. TCC pode ser fornecida em um formato de terapia individual ou terapia em grupo, mas dificilmente ocorre ao mesmo tempo. Na TCD, o tratamento se compõe de quatro pilares diferentes: terapia individual, grupo para prática de habilidades, coaching por telefone e equipe de terapia. Outra diferença é que o monitoramento de comportamentos é feito com o uso de Cartões Diários, por exemplo. TCD também difere da TCC na forma como as sessões individuais são estruturadas, abordando comportamentos e estágios de tratamento em uma hierarquia determinada pela gravidade e ameaça de comportamentos-alvo.

O uso da relação terapêutica na TCD é baseado na teoria da aprendizagem e bastante diferente da abordagem na TCC. Como TCD é um tratamento focado no comportamento, o terapeuta vê os transtornos como um padrão de comportamentos aprendidos. Para ajudar os clientes a quebrar padrões comportamentais prejudiciais, o modelo enfatiza a importância de

identificar os desencadeantes de comportamentos disfuncionais e as contingências que estão mantendo esses comportamentos (Van Dijk, 2013).

A aliança terapêutica é muito enfatizada. O terapeuta faz todos os esforços para desenvolver uma aliança profunda e genuína com seu cliente, que pode ser usada de diversas maneiras para ajudar os clientes a fazer as mudanças necessárias. Os clientes são ensinados a aceitarem as circunstâncias do momento e então aprendem ferramentas para ajudá-los a mudar comportamentos que são prejudiciais de alguma forma. Ter um relacionamento saudável é especialmente importante para os clientes que têm problemas para regular suas emoções (Van Dijk, 2013).

A TCD define validação como empatia somada à comunicação de que a perspectiva do cliente é válida em algum aspecto. Pela empatia, o terapeuta compreende o mundo através da perspectiva do cliente. Com a validação, o terapeuta ativamente informa que tal perspectiva faz sentido. Linehan (1997) descreveu seis estágios de validação, resumidamente sendo:

1. Escutar com total atenção, estar atento;
2. Espelhar com precisão o que o cliente estiver comunicando;
3. Articular emoções, pensamentos ou padrões comportamentais;
4. Descrever como o comportamento do cliente faz sentido, tendo em vista seu passado ou sua biologia;
5. Procurar ativamente pelas maneiras que o comportamento do cliente faz sentido nas circunstâncias atuais e comunicar;
6. Ser radicalmente genuíno.

A ideia é sempre tentar validar o cliente no estágio mais elevado possível. Em cada estágio, o terapeuta não deve se ater apenas aos sinais verbais. Com muita frequência, os sinais não-verbais são mais relevantes. Um erro comum é a validação permanecer apenas no campo verbal. É tentador considerar que validação é uma forma de facilitar a mudança de comportamento no cliente. Entretanto, ela é um fim em si mesmo. Validação pode produzir avanços terapêuticos quando é utilizada de maneira ativa e precisa. A ativação emocional - efeito comum da invalidação - é reduzida através de validação. Da mesma forma, validar permite ao cliente sentir emoções mais adaptativas à situação. A habilidade de validação do

terapeuta gira em torno de quais aspectos da experiência serão validados, assim como o formato dessa validação (Koerner, 2012).

Em praticamente toda situação clínica será bem-vista a validação quanto à importância dos problemas enfrentados pelo cliente, que sua dor psicológica é justificada e que seus objetivos de vida fazem sentido - mesmo que os métodos não sejam os mais funcionais. Entretanto, é fundamental validar o entendimento que o cliente faz da sua vida no momento atual, assim como suas visões quanto a possíveis mudanças e como devem ser realizadas. Quando não há validação apropriada, a colaboração do cliente se torna limitada e, portanto, os avanços terapêuticos se tornam mais lentos (Koerner, 2012).

Durante a terapia, haverá situações em que os comportamentos do cliente serão simultaneamente válidos e inválidos. Por exemplo, sentir raiva de si mesmo pode ser justificado (válido), mas contraproducente (inválido) ao mesmo tempo. Em outras situações, será difícil entender o que validar. Um exemplo é automutilação, quando em resposta a um episódio de extremo sofrimento psicológico, o comportamento faz sentido porque produz alívio frente a emoções insuportáveis. Nesse caso, a dor insuportável e a tentativa de aliviá-la devem ser validadas. A estratégia de alívio - autolesão - não deve ser validada (Koerner, 2012).

O terapeuta deve ativamente procurar pelo que é válido na experiência do cliente e sempre assumir que *algo* é válido. Entendendo o cliente, pode-se conhecer o que é válido e inválido especificamente para ele. Na validação, precisão é fundamental. Um cliente pode expressar um desejo na terapia que atrole a agenda da sessão. Nesse caso, valida-se o objetivo do cliente, mas sem validar o comportamento de controlar a sessão. Segundo Koerner (2012), quando o terapeuta é genuíno e empático e consegue descrever com precisão o que é válido e inválido, ele “não precisa andar pisando em ovos”.

Sobre a “dialética”, vale ressaltar que, ao criar seu modelo de tratamento, Linehan foi fortemente influenciada pela teoria da dialética. Van Dijk (2013) explica que pensar dialeticamente significa olhar para ambas as perspectivas em uma situação e, em seguida, trabalhar para sintetizar essas perspectivas possivelmente opostas. Em outras palavras, clientes e terapeutas precisam aprender a tolerar a ideia de que duas coisas aparentemente opostas podem coexistir. Por exemplo, a afirmação de que os clientes estão fazendo seu melhor e, ao mesmo tempo, precisam se esforçar mais. Devemos praticar a aceitação ao mesmo tempo que continuamos a trabalhar em direção à mudança. Na TCD, esta é a dialética

primária - tanto o terapeuta como o cliente precisam aceitar o cliente como ele é e também precisam continuar trabalhando para mudar os comportamentos que são insalubres ou autodestrutivos.

Possivelmente, a tensão dialética mais frequente é a ideia de que um comportamento de automutilação pode ser funcional (na medida em que ajuda as pessoas a reduzir seu sofrimento emocional no curto prazo) e disfuncional (uma vez que resulta em uma variedade de resultados prejudiciais). Nesse dilema, o cliente e o terapeuta precisam encontrar a síntese desses dois opostos aparentes. Assim, valida-se a necessidade de conseguir algum alívio ao mesmo tempo em que se busca aprender a usar habilidades que irão reduzir o sofrimento de forma não prejudicial (Van Dijk, 2013).

Marsha Linehan (1993) descreve um conjunto de pressupostos sobre clientes. Essas premissas, que podem ser aplicadas a clientes em geral, ajudam os terapeutas a alterar quaisquer noções preconcebidas sobre clientes com desregulação de emoção e também ajudá-los a lembrar que esses clientes, como qualquer outra pessoa, querem reduzir seu sofrimento. Os pressupostos não serão necessários em todos os casos, mas se entrarmos em uma sessão com estas suposições em mente, teremos muito mais sucesso no desenvolvimento de uma relação positiva com o cliente. Os pressupostos estabelecidos por Linehan são:

- Os clientes estão dando seu melhor
- Os clientes querem melhorar
- Os clientes precisam se esforçar mais e motivarem-se mais para fazerem as mudanças necessárias em suas vidas
- Mesmo que os clientes não tenham criado seus problemas, eles ainda são responsáveis por resolvê-los
- As vidas de clientes suicidas são insuportáveis
- Os clientes precisam aprender a agir efetivamente em todas as esferas de suas vidas
- Os clientes não falham
- Os terapeutas que tratam clientes com desregulação emocional precisam de apoio

Por trás da TCD: O Conceito de Desregulação Emocional e a Teoria Biossocial

Linehan (1993) hipotetizou que existem três características que contribuem para a vulnerabilidade de uma pessoa. A primeira é que as pessoas propensas a desregulação

emocional reagem imediatamente e têm alta sensibilidade às situações. A segunda seria que elas sentem e expressam intensamente a emoção e essa intensidade também desregula os processos cognitivos. Por último, elas demoram a retornar para a linha basal. Tais características são predisposições biológicas. Koerner e Dimeff (2007) apontaram que diferenças no sistema nervoso central possuem um papel importante na estabilidade emocional de uma pessoa. Essas diferenças podem estar relacionadas a uma variedade de fatores, desde genética até traumas intrauterinos ou na infância.

Regulação emocional refere-se aos processos que usamos para diminuir, manter ou aumentar uma emoção ou partes dela (Werner & Gross, 2010). É importante notar que regulação emocional não significa suprimir ou esconder emoções. Nesses casos, a emoção ainda existe e está desregulada (Van Dijk, 2013).

Conforme a Teoria Biossocial de Linehan (1993), a desregulação emocional, compreendida como vulnerabilidade emocional atrelada à incapacidade de regular emoções, decorre de uma predisposição biológica e da interação indivíduo-ambiente. Há uma abundância de pesquisas que mostram que algumas pessoas nascem mais emocionalmente sensíveis do que outras (Van Dijk, 2013). No entanto, não são todas as pessoas que nascem emocionalmente sensíveis que desenvolvem problemas de saúde mental. A predisposição biológica é apenas uma parte da equação. A outra parte é o ambiente em que a pessoa cresce. Segundo Linehan (1993), os problemas tendem a surgir quando uma pessoa biologicamente vulnerável cresce em um ambiente invalidante e haveria três principais tipos de ambientes familiares invalidantes: famílias caótica, perfeita e típica.

Miller, Rathus e Linehan (2007) definem um ambiente invalidante como aquele em que há uma tendência a negar ou responder de forma imprevisível e inapropriada às experiências privadas da criança, como emoções, sensações físicas e pensamentos. Em outras palavras, quando uma criança expressa uma emoção (experiência privada), as pessoas ao seu redor a julgam por essa experiência. Um exemplo seria dizer que ela não deveria se sentir assim ou que está exagerando; que sua emoção é “feia” ou minimizar seu sofrimento; puni-la por falar sobre sua emoção ou ignorá-la. A expectativa é que a criança deveria poder controlar a expressão de suas emoções (o que, em virtude da predisposição biológica, não é realista) e não deveria expressar sentimentos "negativos". Quando ela não consegue alcançar essas expectativas, o ambiente a pune por comunicar essas experiências “negativas”. Da mesma forma, seu ambiente apenas responde às suas necessidades emocionais quando elas se

intensificam, ensinando-a a alternar entre esconder suas emoções e comunicá-las de maneira extrema para obter ajuda (Koerner & Dimeff, 2007).

Outra característica dos ambientes invalidantes é que muitas vezes a mensagem transmitida à criança é que ela deveria saber resolver com maestria e facilidade os problemas que ela está vivenciando. Entretanto, é justamente nesse tipo de ambiente que habilidades de regulação emocional e resolução de problemas raramente são ensinadas. O resultado é um fracasso em regular suas emoções e consequente auto-invalidação (Van Dijk, 2013).

Crianças podem nascer em famílias nas quais não há um encaixe entre necessidades emocionais e apoio emocional adequado. Um exemplo seria uma criança criativa em uma família cujos pais e irmãos são convencionais e interpretam sua criatividade como uma perda de tempo. Esses pais podem ter a melhor intenção possível, mas a desencorajam na busca de sua criatividade porque não pensam que é o melhor para a criança. Um infante com vulnerabilidade emocional vai crescer sentindo que seu desejo de ser criativo é errado e que, portanto, há algo errado consigo mesmo por desejar. Ela também se sentirá mal compreendida e diferente do resto da família (Van Dijk, 2013).

Algumas famílias têm desafios adicionais que tornam difícil fornecer um ambiente de validação. Talvez os próprios pais tenham sido invalidados quando crianças e, portanto, não aprenderam a validar a si e aos outros. Pais com problemas de saúde mental, abuso de substâncias ou financeiramente instáveis terão muito mais dificuldade em proporcionar um ambiente emocionalmente saudável para seus filhos (Van Dijk, 2013). Também é importante notar que crianças emocionalmente sensíveis podem ser a causa de pelo menos algum problema na família. Miller e colaboradores (2007) ressaltam que ter uma criança emocionalmente vulnerável na família pode ser tão complicado que o funcionamento da família se enche de estresse e pode resultar em um ambiente invalidante. Nesse sentido, uma criança emocionalmente vulnerável em uma família onde não há essa característica pode ser mal compreendida, o que por si só gera invalidação. Com o passar do tempo, pode surgir a ideia de que há algo de errado com ela. Negligência pode ser tão prejudicial quanto os demais tipos de abuso. A criança descobre que suas necessidades, desejos e emoções serão ignorados (invalidados) - a menos que ela intensifique seus comportamentos até o ponto em que seus responsáveis não podem mais ignorá-la (Van Dijk, 2013).

Em termos de ambientes invalidantes, um ambiente abusivo é o mais danoso de todos. O abuso pode manifestar-se de muitas formas, sendo as principais o abuso físico e sexual. O

primeiro geralmente ocorre em resposta à expressão de emoções negativas. Já o segundo tem o agravante de que geralmente o abusador diz à criança que tudo está bem. Em seguida, fala que não deve contar sobre aquilo para ninguém. Muitas ameaças surgem como estratégia de manter a criança em silêncio. Por último, muitas vítimas são invalidadas após denunciarem o abuso, sendo desacreditadas ou até mesmo culpadas. Linehan (1993) aponta dados que corroboram o abuso sexual como fator predisponente para Transtorno de Personalidade Borderline. Em uma avaliação de pacientes hospitalizados, 75% relataram história de incesto (Stone, Kahn & Flye, 1981). Abuso sexual na infância foi relatado por 86% de pacientes borderline internados, enquanto um percentual de 34% foi encontrado em pacientes com outros diagnósticos (Bryer, Nelson, Miller & Krol, 1987). Entre 67% e 76% dos pacientes ambulatoriais diagnosticados com borderline, houve relato de abuso sexual na infância (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan & Wasson, 1989). Apenas 22% dos pacientes com depressão maior apresentaram histórico de abuso sexual, contrastando com 71% dos pacientes borderline (Ogata, Silk, Goodrich, Lohr & Westen, 1989).

Embora, geralmente, o ambiente familiar seja onde a maior parte da invalidação ocorre, ela também pode acontecer na escola, na igreja, enquanto a criança está com outros parentes ou enquanto se dedica a atividades extracurriculares. Assim, o segundo ambiente onde a invalidação pode ser mais frequente é o escolar. Crianças passam muito tempo na escola e, se a escola é um ambiente hostil, haverá consequências negativas para uma criança emocionalmente vulnerável. Por exemplo, uma criança com dificuldades de atenção (como TDAH) sendo acusada de não esforçar-se ou perturbar de propósito a aula, que sofre *bullying* de colegas ou que tem dificuldades em fazer amigos (Van Dijk, 2013).

Por último, deve-se entender que a Teoria Biossocial expressa que o indivíduo não pode ser responsabilizado por ser "muito sensível", assim como o ambiente familiar também não é totalmente responsável. Conforme Van Dijk (2013), sem a interação entre esses dois elementos, psicopatologias provavelmente não se desenvolveriam.

O que é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)?

ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*, em inglês) é uma terapia comportamental que se trata de ação guiada por valores. ACT foi desenvolvida pelo psicólogo e professor norte-americano Steven C. Hayes em 1982 e sofreu diferentes

modificações até o final da década de 1980. Seu nome vem de uma das suas principais ideias: aceitar o que está fora do seu controle e comprometer-se a tomar ações que deixem a vida mais plena. O objetivo é ajudar a criar uma vida plena e significativa, enquanto aceitamos o sofrimento psicológico que a vida traz. A Terapia de Aceitação e Compromisso busca ensinar habilidades para lidar com pensamentos e sentimentos dolorosos, de tal forma que eles passem a gerar muito menos impacto e influência. Muitas vezes, quando experimentamos pensamentos, sentimentos e sensações dolorosas, respondemos de maneira prejudicial a longo prazo. Por isso, um dos principais pontos da terapia é ensinar as pessoas a lidar com a dor de forma mais eficaz através do uso de habilidades de *mindfulness*.

O conceito de *mindfulness*, de acordo com Harris (2009), é encontrado em diferentes textos espirituais e religiosos. A Psicologia ocidental apenas recentemente passou a interessar-se pelos benefícios das práticas de *mindfulness*. Sua definição varia de diferentes formas, mas todas elas têm em comum um foco atencional com flexibilidade, abertura e curiosidade. Dessa forma, entende-se que é um processo atencional e não de pensamento. Frente a momentos de sofrimento, pode-se adotar uma postura de abertura e curiosidade em vez de evitar ou lutar contra a experiência. Por último, compreende-se que flexibilidade atencional é a habilidade de, conscientemente, direcionar, ampliar ou focar a atenção em diferentes aspectos da experiência.

Conforme Harris (2009), poucas pessoas entendem ACT e aplicam seus princípios de imediato. Um dos motivos é que o modelo desafia o senso comum e reformula as regras básicas da maioria das teorias psicológicas ocidentais. A maioria dos modelos de terapia são focados na redução de sintomas e na necessidade dos pacientes reduzirem essa sintomatologia antes de poderem levar uma vida melhor. Já na ACT, tem-se uma posição radicalmente diferente. Assim, a terapia entende que:

- Qualidade de vida depende principalmente de ação consciente e orientada por valores.
- Isso é possível, independentemente de quantos sintomas você tenha, desde que você responda seus sintomas com atenção plena (*mindfulness*).

Embora a terapia normalmente reduza os sintomas, a redução - como um fim em si mesmo - nunca será um objetivo na ACT. Assim, quando habilidades são ensinadas ao cliente, o objetivo não é redução de seus sintomas, mas sim operar uma mudança fundamental no seu relacionamento com seus sintomas. O fato dos sintomas diminuírem é considerado um "bônus" e não o principal ponto da terapia. Mesmo assim, em quase todos os

ensaios e estudos realizados em ACT, há uma redução significativa dos sintomas - embora, às vezes, ocorra mais lentamente do que em outros modelos (Harris, 2009). Sobre isso, Hayes (2004) explica ser uma importante diferença com relação à TCC tradicional. Enquanto na última haverá o pressuposto de que os clientes precisam primeiramente lidar com emoções, distorções cognitivas e pensamentos desagradáveis antes de uma mudança comportamental ser possível, a ACT não adota essa postura. Entretanto, Hofmann e Asmundson (2008) desafiam essa afirmação. Os autores informam que um dos objetivos da TCC tradicional é a redução ou eliminação do sofrimento psicológico e que a redução dos sintomas está dentro dele. O processo terapêutico se dá através da identificação e modificação de distorções cognitivas causalmente ligadas à interpretação dos sintomas e consequente sofrimento psicológico, diferente de uma tentativa de modificação direta dos sintomas.

Sobre a relação terapêutica e a autenticidade do próprio terapeuta, Harris (2009) indica que o papel do terapeuta é ser ele mesmo, usar a criatividade e sentir-se livre para adaptar, modificar e reinventar as ferramentas e técnicas (desde que permanecendo fiel ao modelo). Dessa forma, entende-se que há um enorme espaço para criar e inovar. No entanto, como a terapia é tão diferente da maioria das outras abordagens, a maioria dos terapeutas inicialmente se sentem ansiosos, vulneráveis ou confusos.

Por trás da ACT: Teoria dos Quadros Relacionais (Relational Frame Theory)

ACT é baseada em princípios comportamentais básicos e sua expansão na linguagem e cognição humanas, como explicado pela Teoria dos Quadros Relacionais (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). A Teoria explica a origem de nossas habilidades verbais. É importante entender essa teoria em termos gerais porque toda a ACT está vinculada a ela. Também esclarece por que ACT, que é uma das TCCs, difere tanto da TCC tradicional.

Segundo Törneke (2010), a Teoria dos Quadros Relacionais (RFT) explica que - ainda crianças - aprendemos a relacionar eventos entre si com base em convenções sociais. Por um "evento", entende-se qualquer experiência que uma pessoa possa ter. Ver um objeto, sentir um odor, tocar em outra pessoa, pensar em algo e sentir uma emoção são todos eventos. Como resultado, aprendemos a responder a um evento com base em sua relação atribuída a outro evento, em vez de nos basearmos nas propriedades físicas desses eventos. Um exemplo é que uma criança pequena tem a tendência a preferir uma moeda de 25 centavos à uma de

cinquenta, porque aquela é maior. Uma criança mais verbalmente madura, por sua vez, tem a tendência a preferir uma moeda de cinquenta centavos à de 25 centavos. Assim, as funções das moedas baseiam-se em convenções sociais, que declaram arbitrariamente que uma moeda de 25 centavos é "menor" do que uma de cinquenta.

A flexibilidade permite ir além do mundo físico, mas fazemos isso de forma tão automática que o próprio mundo fica envolto nas relações. Com o passar do tempo, vamos criando uma vasta rede de relações e aumentando nossa "vida" dentro de um mundo cujas funções foram verbalmente adquiridas sem base na experiência direta. Uma metáfora utilizada é a da utilização de um óculos de realidade aumentada. Isso pode nos prender a rotinas disfuncionais, pois a linguagem está trabalhando nos bastidores estruturando o nosso mundo (Törneke, 2010).

Por outro lado, ACT trabalha para revelar a ilusão da linguagem e o que está nos bastidores. Törneke (2010) estabelece que quando há referências à "mente", está sendo falado de uma coleção de habilidades relacionais. Apesar dessas habilidades terem seu lado positivo e negativo, o processo é bastante similar para um e outro. A diferença é o contexto e o domínio que se almeja atingir. Linguagem e cognição são ferramentas que não servem para todos os fins. Assim, a RFT sugere não apenas a maneira como a linguagem e funções cognitivas superiores se desenvolvem e por que são uma benção e uma maldição, mas também como utilizá-las a nosso favor sem ser utilizado por elas.

Os conceitos da RFT fornecem a base fundamental dos seis processos terapêuticos da ACT. Em suma, o problema é que a linguagem leva a um aumento na dor e a uma tendência de utilizarmos em excesso a racionalização como forma de resolver essa dor. Como resultado, tendemos a fugir e evitar nossos sentimentos, ficamos presos em pensamentos, perdemos contato com o momento presente e passamos a acreditar e defender histórias sobre nós mesmos. Em resumo, uma extensão exagerada da linguagem leva a uma forma de viver rígida e psicologicamente inflexível (Törneke, 2010).

Os seis processos terapêuticos

ACT, em última análise, é sobre aumentar a flexibilidade psicológica de clientes. Definida como a habilidade de entrar em contato com o momento presente e persistir ou modificar as ações para servirem a objetivos baseados em valores - considerando o que a

situação oferece (Hayes & Strosahl, 2005, como citado por Luoma, Hayes & Walser, 2007). Assim, flexibilidade psicológica surge a partir de seis processos terapêuticos. Cada qual é conceitualizado como uma habilidade psicológica positiva e não apenas como uma forma de evitar psicopatologia. Os seis processos terapêuticos principais são:

- Aceitação (estar aberto)
- Desfusão cognitiva
- Contato com o momento presente (estar aqui-e-agora)
- Eu que observa (“*Self-as-context*”, atenção plena)
- Ações comprometidas (fazer o que é necessário)
- Valores (entender o que importa)

Aceitação (estar aberto)

Luoma e colaboradores (2007) definem aceitação como uma alternativa à evitação experiencial. Envolve ativamente e conscientemente abraçar eventos privados (pensamentos, memórias, sensações) que são ocasionados por nossa história pessoal, sem tentar mudar frequência, forma ou intensidade - especialmente quando isso causaria dor psicológica. Aceitação não é um fim em si mesmo. Pelo contrário, é incentivada como um método de aumentar a frequência de ações comprometidas com valores. Os métodos de aceitação envolvem exercícios que encorajam uma interação flexível com experiências que evitamos. Por exemplo, busca-se transformar emoções em objetos passíveis de descrição e atentar aos aspectos sutis de um evento sendo evitado. Ainda que pareçam exercícios de exposição, vão além: procuram diminuir a vontade de evitar e promover respostas flexíveis, invés de meramente reduzir a resposta emocional.

Desfusão

O termo “fusão”, sinônimo de liga, integração e mistura traz a seguinte ideia: inseparação. Na ACT, quando estamos em um estado de fusão cognitiva, nossos pensamentos se tornam inseparáveis da nossa experiência. Nesse sentido, os pensamentos passam a dominar o comportamento (Harris, 2009). Desfusão é uma palavra inventada com o sentido de “desfazer” uma fusão. Refere-se a criar contextos em que a linguagem é vista como um processo ativo, sempre presente e histórico por definição. Nesse sentido, a linguagem pode ser observada como apenas linguagem. Observa-se o que a “mente” diz em vez de tornar-se

escravo dela. Palavras são vistas como palavras e não como um imperativo. A criação desse contexto permite afrouxar a relação com o pensamento, gerando maior flexibilidade psicológica. O grande ensinamento é: não precisamos ser liderados por nossas palavras (Luoma et al., 2007).

Tecnicamente, desfusão talvez seja uma das inovações mais únicas da ACT para as TCCs. A partir dela, diferentes técnicas foram desenvolvidas para uma ampla variedade de quadros clínicos. Por exemplo, um pensamento negativo pode ser observado e repetido em voz alta até que permaneça apenas como um som de palavras sem apego emocional. Outra possibilidade é tratar o pensamento como um evento externo, conferindo forma, tamanho, cor ou velocidade. Conforme Luoma e colaboradores (2007), o resultado é um desapego ou redução na crença, em vez de uma imediata redução em sua frequência. Assim, não se trata de um processo de eliminar o pensamento ou seu impacto, mas sim de ter uma percepção mais consciente que aumente a flexibilidade comportamental. Todas as técnicas de desfusão têm o objetivo de capturar processos linguísticos e trazê-los para a realidade. Quando necessário, pode-se olhar para eles em vez de *através* deles.

Contato com o momento presente

ACT busca promover constante contato sem julgamento com eventos psicológicos e ambientais. O objetivo é estar presente e atento ao momento presente. Quando se está em contato com o presente, podemos ser flexíveis e conscientes das possibilidades e oportunidades de aprendizado apresentadas pela situação. Sem contato adequado com o presente, o comportamento humano tende a ser dominado por fusão, evitação, promoção de desculpas e repetição de padrões comportamentais. Novas possibilidades acabam se fechando (Luoma et al., 2007).

Assim, uma noção de *self* em constante mudança é encorajada e caracterizada por desfusão, sem julgamentos, descrição constante de pensamentos, sensações e demais eventos privados. Um sentido mais aberto de *mindfulness* é incentivado a fim de permitir que se perceba com mais detalhes todas as interações ocorrendo em dado momento (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Eu que observa

Da perspectiva da RFT, a linguagem estabelece uma definição de *self* como um *locus* sem fronteiras. Dessa forma, o *self* se parece mais como um contexto ou uma arena para experiências, enquanto é uma experiência por si só. Nas palavras de Hayes e colaboradores (1999):

Quando se pergunta muitas perguntas a alguém sobre sua história ou experiências passadas, a única coisa que será consistente não será o conteúdo da resposta, mas sim o contexto ou perspectiva na qual a resposta ocorre. “Eu” é o que sobra quando todas as diferenças do conteúdo são subtraídas (p. 185, tradução livre)

Através de exercícios experienciais e metáforas, a terapia busca ajudar os clientes a entrarem em contato com este senso de *self* como contexto - um seguro e contínuo “Eu” do qual eventos são experienciados, mas também distinto de tais eventos. Esse processo ajuda a soltar-se da “máquina de palavras”, entendida como a “mente”. O objetivo é desenvolver um sentido mais sólido de si mesmo como observador ou experimentador, independente da experiência que se está tendo no momento (Luoma et al., 2007).

Além disso, porque os limites da consciência não podem ser contatados dentro da consciência, a linguagem humana leva a um senso de transcendência, um aspecto espiritual da experiência humana normal. Estabelecer esse sentido transcendente de *self* também pode ser útil para diminuir a ligação ao conteúdo dos pensamentos. Empatia, compaixão e teoria da mente são importantes funções linguísticas subjacentes ao senso de transcendência (Barnes-Holmes, Hayes, & Dymond, 2001; Barnes-Holmes, Hayes, & Gregg, 2001; McHugh, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2004). Na terapia, esse sentido transcendente de *self* é importante, em parte, porque nos permite tomar consciência das experiências sem nos apegarmos a elas. Desfusão e aceitação são, portanto, nutridas pelo lado espiritual da experiência humana (Luoma et al., 2007).

Valores

Esclarecer valores requer uma distância dos problemas cotidianos e um olhar para o que dá significado às nossas vidas. É olhar para as possibilidades que dignificam nossas batalhas internas e guiam ação construtiva. Valores são qualidades globais e escolhidas de ação. Descrevem como queremos agir em nossas vidas e esclarecê-los é essencial. Na ACT, é

frequente a referência a valores como “direções escolhidas de vida”. Pode-se compará-los a uma bússola, pois nos dão a direção em nossa jornada. A terapia se utiliza de uma variedade de exercícios para ajudar os clientes a escolherem direções para suas vidas em vários contextos enquanto se busca reduzir processos que podem levar a escolhas baseadas em evitação, pressão social ou fusão com pensamentos. Por exemplo, “eu me sentiria culpada se não valorizasse minha família”, “eu valorizo a faculdade porque minha mãe quer” e “eu deveria valorizar meu trabalho” não são considerados valores (Luoma et al., 2007).

Cabe ressaltar que valores não são vontades, necessidades ou desejos. Enquanto temos muito controle sobre como agimos, não há nenhuma garantia que receberemos o que merecemos. Valores também estão distantes do debate sobre virtudes, moral e ética. Para ACT, eles vão além de certo ou errado, bem ou mal. Podemos agir conforme ou negligenciar nossos valores a qualquer momento, enquanto as metas estão sempre no futuro. Indivíduos que estão sempre em busca de objetivos acabam por não encontrar a felicidade duradoura prometida, gerando uma sensação crônica de falta ou frustração. Nesse sentido, valores são afirmações sobre o que é importante para nós. Pode-se fazer uma comparação com a comida favorita. Eventualmente, será necessário escolher entre um valor e outro, como quando precisamos nos afastar de alguém para nossa própria proteção. Em relacionamentos abusivos, o valor de agir amorosamente pode dar lugar ao valor de autoproteção. Valores não devem servir como regras rígidas, entendendo que devem guiar toda e cada ação que tomarmos. Por último, valores não são ações que *devemos* tomar - tomamos porque são importantes para nós. Conforme Van Dijk (2013), podemos elencar pelo menos cinco pontos-chave sobre valores:

- Valores são sobre o presente, aqui e agora. Objetivos e metas estão localizados no futuro.
- Nunca precisam ser justificados.
- Frequentemente precisam ser priorizados.
- Funcionam melhor quando compreendidos com leveza, sem rigidez.
- São escolhidos livremente.

Levando em conta que ACT é baseada no contextualismo funcional, toda a terapia se baseia em funcionalidade. Por sua vez, funcionalidade está ligada aos valores do cliente. Seguindo o raciocínio, a terapia toma uma interpretação da “verdade” baseada na

funcionalidade do que está sendo avaliado no momento e em contexto específicos. Para fins de ilustração, um mapa-múndi com as capitais dos países nos locais corretos seria “verdadeiro” para um viajante internacional, mas não serviria para um turista que deseja se locomover em Porto Alegre. O mapa-múndi é menos “verdadeiro” que o de Porto Alegre? Não, porém o último serve muito melhor ao propósito desejado. Assim, o conceito de “verdade” é definido pelo que é útil em empoderar o cliente a viver uma vida com significado e guiada por seus valores (Luoma et al., 2007).

Conforme Luoma e colaboradores (2007), tal visão permite que terapeutas consigam desviar de armadilhas comuns nos processos terapêuticos. Por exemplo, quando surgem discussões sobre se alguém está certo ou errado. Nesses casos, “certo” ou “errado” é definido em termos de utilidade. Assim, o terapeuta não foca na natureza racional ou irracional de pensamentos ou busca evidências que corroborem ou refutem interpretações. Em vez disso, o foco gira em torno de: “Aquela forma de pensar ou agir ajuda ou atrapalha o cliente na busca de uma vida com valores?”

Ações comprometidas com valores

Luoma e colaboradores (2007) entendem que a terapia encoraja o desenvolvimento de um repertório de comportamentos cada vez maior ligados à efetivação dos valores do cliente. Nesse aspecto, ACT acaba se parecendo muito com a terapia comportamental tradicional. Aliás, praticamente qualquer protocolo comportamental pode ser adicionado ao método, como exposição, aquisição de habilidades e modelagem. Diferente de valores, objetivos concretos coerentes com os valores do cliente podem ser atingidos. Protocolos de ACT quase sempre incentivam tarefas de casa ligadas ao curto, médio e longo prazos. Tentativas de mudar o comportamento acabam gerando atrito com barreiras psicológicas. Estas, por sua vez, são o foco de outros processos terapêuticos (aceitação e defusão, por exemplo).

Segundo Harris (2009), os processos não são separados, mas estão dispostos de maneira seccionada para fins didáticos. A fim de ajudar profissionais e clientes a aprenderem e aplicarem o modelo, há uma analogia com um diamante (vide Figura 1). Dessa forma, o próprio diamante é “flexibilidade psicológica”, que é a capacidade de estar no momento presente com plena consciência e aberto para a nossa experiência, enquanto se age de acordo com nossos valores.

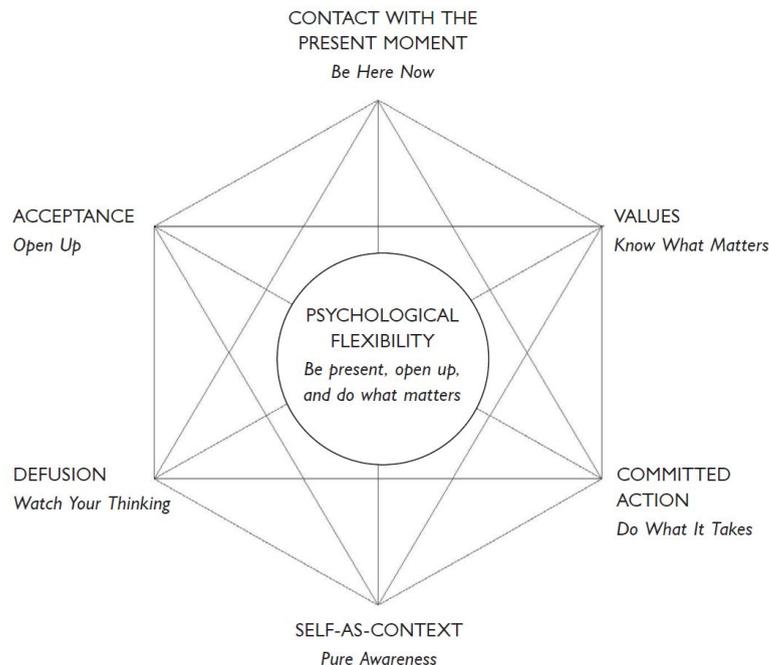


Figura 1. A analogia do diamante da Terapia de Aceitação e Compromisso (adaptado de Harris, 2009).

Podemos agrupar os processos em três grupos. Tanto “desfusão” quanto “aceitação” são sobre separar-se de pensamentos e sentimentos, vê-los conforme o que realmente são, tomando uma distância deles e permitindo que eles venham e voltem naturalmente. O “Eu que observa” e “contato com o momento presente” envolvem entrar em contato com aspectos verbais e não-verbais de sua experiência no momento presente. “Valores” e “ações comprometidas com valores” envolvem o uso efetivo da linguagem para facilitar ações que melhoram nossa vida. Assim, “flexibilidade psicológica” é tida como a capacidade de estar presente, aberto e fazer o que importa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As terapias cognitivo-comportamentais atualizaram-se com o passar do tempo. Desde a primeira geração comportamental nos anos 1950, as TCCs passaram por modificações que foram colocadas a teste em pesquisas empíricas. Sempre conectadas à ciência psicológica, o movimento das terapias baseadas em evidências fez o interesse de terapeutas e clientes pelas TCCs aumentar. No momento, terapias como a Dialética Comportamental (DBT), Aceitação

e Compromisso (ACT), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT) são exemplos de abordagens de terceira geração. Apesar de trazerem novidades, não há consenso na literatura quanto à real constituição de uma terceira onda na tradição cognitivo-comportamental.

As inovações apresentadas pelas terapias contextuais - conquanto bem-vindas - não são suficientes para conferirem um “padrão ouro” a tais intervenções. A revisão de Öst (2008) encontrou poucos estudos randomizados controlados e tais estudos eram menos rigorosos metodologicamente quando comparados aos de TCC tradicional. Além de tecer críticas construtivas a quatro das abordagens contextuais, o autor revelou que nenhuma delas preencheu os critérios para ser considerada baseada em evidências. Nesse sentido, deve-se tomar cuidado com a adoção de intervenções apenas com base em potenciais benefícios.

Por outro lado, é importante compreender que as terapias contextuais surgem com o intuito de apresentar novas possibilidades para o tratamento de Transtornos de Personalidade (TPs) e demais quadros clínicos com baixo sucesso nas TCCs tradicionais. TPs são os transtornos mais desafiadores para clínicos e o sistema de saúde em geral. Indivíduos diagnosticados com TP tendem a um alto índice de tentativas de suicídio, abuso de substâncias e padrões comportamentais inflexíveis acompanhados de sintomas egossintônicos (Beck et al., 2015). A motivação para iniciar e aderir a tratamentos psicoterapêuticos é muitas vezes insuficiente ou inexistente. Com todas essas dificuldades, psicoterapeutas relatam que a formação de um vínculo terapêutico é uma tarefa bastante difícil.

As terapias de terceira onda deixam de lado estratégias de intervenção focadas no conteúdo e na redução de sintomas para lançarem luz sobre a própria relação terapêutica e a função dos comportamentos. Assim, terapeuta e cliente empregam técnicas e estratégias para se moverem em direção a uma vida de regulação emocional com valores. Em suma, uma vida que vale a pena ser vivida.

Ainda que as terapias contextuais estejam dentro da tradição cognitivo-comportamental, diferenças fundamentais separam aquelas desta. Terapeutas cognitivo-comportamentais podem ter dificuldades na adaptação quanto à compreensão da psicopatologia e conseqüente intervenção promulgadas pela TCD e ACT.

Considerando que as primeiras formulações teóricas de TCD e ACT surgem no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, muitos terapeutas ainda não tiveram contato com essas abordagens. Marsha Linehan e Steven Hayes, desenvolvedores da TCD e ACT

respectivamente, capitaneiam um movimento de divulgação das terapias contextuais (Hayes et al., 2004a) com o objetivo de esclarecer clínicos do mundo inteiro. Mesmo baseadas na Análise do Comportamento, muitas derivações dessas terapias geram dúvidas em profissionais ligados às terapias mais cognitivas e abordagens externas ao cognitivismo e comportamentalismo.

Em muitos aspectos, a Psicologia brasileira não está conectada aos movimentos científicos e práticos de sua contraparte norte-americana e britânica. Distante do pensamento científico e com poucos materiais publicados em português, as terapias contextuais ainda são pouco conhecidas em nosso país. O esforço de traduzir, ampliar e divulgar a gama de conteúdos estrangeiros para língua dos brasileiros deve trazer mudanças na pesquisa e prática dos profissionais da saúde mental, que se encontram com poucas ferramentas para intervirem em transtornos mais severos.

Referências

- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *The Oxford Handbook of Clinical Psychology: Updated Edition*. Oxford University Press.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). *Religion, spirituality, and transcendence*. Em S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 239–251). New York: Plenum Press.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). *Self and self-directed rules*. Em S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119–139). New York: Plenum Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. 1979. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American journal of psychiatry*.
- Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37(1), 1-9.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.

- Dobson, K. S. (Ed.). (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology, 16*(5), 319.
- Gifford, E. V., & Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. In *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327).
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: A clinician's guide to overcoming common obstacles in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004a). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ... & Gregg, J. (2004b). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy, 35*(4), 667-688.
- 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. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

- Herman, J. L., Perry, C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *146*(4), 490.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical psychology review*, *28*(1), 1-16.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Koerner, K., & Dimeff, L. (2007). Overview of DBT. In L. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*, pp. 1–18. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Handouts and Worksheets*. Guilford Publications.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205.

- Mahoney, M. J., & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2, 689-722.
- McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: A developmental profile. *The Psychological Record*, 54(1), 115.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 46(3), 296-321.
- Robertson, D. (2010). *The philosophy of cognitive-behavioural therapy (CBT): Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. Karnac Books.
- Stone, M. H., Kahn, E., & Flye, B. (1981). Psychiatrically ill relatives of borderline patients: A family study. *Psychiatric Quarterly*, 53(2), 71-84.
- Sudak, D. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy*. New York: Routledge.
- Palmer, R. L. (2002). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 8(1), 10-16.

Prochaska, J., & Norcross, J. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Nelson Education.

Van Dijk, S. (2013). *DBT Made Simple: A Step-by-step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications.

Wagner, A. W., Linehan, M. M., & Wasson, E. J. (1989). Parasuicide: Characteristics and relationship to childhood sexual abuse. In *Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC*.

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework.