

LIVRO

TERAPIA DE
ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO



A N D R É M I L I A N

J Ú L I A D O U R A D O







SUMÁRIO

TEMA 1 — Fundamentos Filosóficos e Teóricos da ACT	04
• <i>Contextualismo e Epistemologia</i>	
• <i>Ondas das Terapias Comportamentais</i>	
• <i>Sufrimento Humano e Doença Psiquiátrica</i>	
• <i>Psicologia Budista</i>	
• <i>Relational Frame Theory (RFT)</i>	
TEMA 2 — Flexibilidade Psicológica e Processos Centrais da ACT	40
• <i>Flexibilidade Psicológica</i>	
• <i>Controle e Eliminação</i>	
• <i>Desesperança Criativa</i>	
• <i>Contato com o Momento Presente</i>	
• <i>Self como Contexto</i>	
TEMA 3 — Processos de Mudança e Direção de Vida	74
• <i>Desfusão Cognitiva</i>	
• <i>Sufrimento Primário e Secundário</i>	
• <i>Aceitação</i>	
• <i>Valores</i>	
• <i>Ação Compromissada</i>	
TEMA 4 — Aplicações Clínicas e Estratégias Terapêuticas em ACT	103
• <i>Metáforas e Matriz</i>	
• <i>Formulação de Caso</i>	
• <i>Instrumentos de Avaliação</i>	
• <i>Pesquisas em ACT</i>	
• <i>Encerramento</i>	





TEMA 1

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS E TEÓRICOS DA ACT

“A linguagem humana é simultaneamente uma das maiores ferramentas de adaptação e uma das maiores fontes de sofrimento psicológico.” — Steven C. Hayes

Ao longo deste tema, você será convidado a desenvolver uma nova forma de compreender o sofrimento humano e o funcionamento psicológico a partir das bases filosóficas, comportamentais e contextuais que sustentam a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Mais do que aprender técnicas específicas, o objetivo aqui é construir um raciocínio clínico capaz de ampliar a compreensão sobre comportamento, linguagem, cognição e sofrimento psicológico de maneira integrada, funcional e baseada em processos.

Inicialmente, serão explorados os fundamentos epistemológicos e filosóficos da ACT, especialmente o contextualismo funcional e sua proposta de compreender o comportamento humano sempre em relação ao contexto no qual ocorre. Em seguida, avançaremos para a evolução histórica das terapias comportamentais e cognitivas, compreendendo como a ACT emerge dentro das chamadas terapias de terceira onda e quais limitações dos modelos anteriores contribuíram para seu desenvolvimento.

Na sequência, o tema aprofunda a compreensão do sofrimento humano a partir de uma perspectiva transdiagnóstica, discutindo criticamente conceitos como normalidade saudável, biomedicalização da vida psicológica e modelo sindrômico tradicional. Posteriormente, serão apresentados os fundamentos da Relational Frame Theory (RFT), principal teoria da linguagem e cognição que sustenta a ACT, permitindo compreender como



processos simbólicos, redes relacionais e comportamento verbal participam diretamente da construção do sofrimento psicológico.

Por fim, o tema integra elementos da psicologia budista e das tradições contemplativas, discutindo conceitos como impermanência, aceitação, atenção plena e relação com a experiência interna, articulando essas perspectivas à noção de flexibilidade psicológica, considerada um dos principais objetivos clínicos da ACT. Ao final deste tema, espera-se que você seja capaz de compreender a ACT não apenas como um conjunto de intervenções clínicas, mas como um modelo contextual de compreensão do comportamento humano, da linguagem e da mudança psicológica.

CONTEXTUALISMO E EPISTEMOLOGIA

Quando começamos a estudar a Terapia de Aceitação e Compromisso com maior profundidade, rapidamente percebemos que ela não pode ser compreendida apenas como um conjunto de técnicas clínicas. A ACT não surge simplesmente como um protocolo terapêutico voltado para redução de sintomas, mas como uma abordagem sustentada por uma base filosófica bastante específica, que influencia diretamente a forma como compreende sofrimento humano, linguagem, cognição, comportamento e mudança psicológica.

Isso significa que compreender ACT envolve necessariamente compreender também os pressupostos filosóficos que organizam sua visão de mundo. Muitas vezes, conceitos como epistemologia, ontologia ou filosofia da ciência parecem excessivamente abstratos para a prática clínica cotidiana. Entretanto, esses conceitos estão presentes continuamente na forma como pensamos nossos pacientes, conduzimos intervenções e organizamos nossas hipóteses clínicas. Sempre que um terapeuta define o que considera sofrimento, estabelece objetivos terapêuticos ou escolhe determinadas estratégias de intervenção, ele está operando a partir de pressupostos filosóficos, mesmo que isso não esteja explicitamente consciente.

Termo Técnico: Epistemologia Clínica



A epistemologia é o campo da filosofia que investiga como o conhecimento é produzido, validado e considerado legítimo. Na prática clínica, ela define o que o terapeuta aceita como "evidência" de melhora ou sofrimento.

A epistemologia busca responder perguntas fundamentais sobre aquilo que podemos conhecer, como podemos conhecer e quais critérios utilizamos para considerar uma afirmação verdadeira ou falsa. Essas questões influenciam profundamente a psicologia. Diferentes abordagens psicológicas partem de diferentes concepções sobre mente, comportamento, sofrimento e realidade. Algumas abordagens entendem pensamentos como representações internas relativamente objetivas da realidade. Outras compreendem emoções como estados biológicos que precisam ser regulados. Outras enfatizam construções sociais, relações interpessoais ou narrativas subjetivas. Todas essas posições refletem diferentes formas de compreender o conhecimento humano.

A filosofia da ciência amplia ainda mais essa discussão ao investigar os fundamentos conceituais da própria atividade científica. Ela questiona quais métodos são considerados legítimos, quais evidências são aceitas como válidas e quais limites existem na produção do conhecimento científico. Questões aparentemente abstratas tornam-se extremamente relevantes: existe uma realidade objetiva independente do observador? O conhecimento científico é definitivo ou sempre provisório? Existe neutralidade científica? Como diferenciamos fato de interpretação? Diferentes respostas para essas perguntas produzem diferentes paradigmas científicos e, conseqüentemente, diferentes modelos clínicos.

Evolução dos Paradigmas Científicos na Psicologia

Historicamente, uma das posições mais influentes foi o **positivismo**. Dentro dessa perspectiva, pressupõe-se uma realidade objetiva independente do observador, e o conhecimento científico passa a ser entendido como uma tentativa de descrever essa realidade da forma mais precisa possível. O método científico ideal seria baseado em observação objetiva, mensuração, experimentação e controle.

Essa lógica influenciou fortemente a medicina e também parte da psicologia moderna, favorecendo modelos diagnósticos e classificatórios. O sofrimento psicológico passa a ser



tratado como algo identificável, mensurável e classificável, semelhante ao funcionamento das doenças médicas tradicionais. Nesse contexto, sintomas são frequentemente compreendidos como indicadores de entidades patológicas subjacentes.

- **Modelo Positivista / Médico Tradicional:**

Sintoma Visível —> Indica —> Patologia Oculta (Doença Subjacente)

Posteriormente, o **pós-positivismo** passou a reconhecer limitações importantes desse modelo. Embora ainda mantenha a ideia de realidade objetiva, admite que nosso acesso a ela é sempre parcial, falível e provisório. O conhecimento deixa de ser concebido como verdade absoluta e passa a ser entendido como algo constantemente revisável.

Já perspectivas **construtivistas** produzem uma mudança ainda mais radical, ao compreender o conhecimento como algo construído na interação entre sujeito e mundo. Nessa visão, linguagem, cultura e contexto participam diretamente daquilo que chamamos de realidade psicológica. Isso aproxima a psicologia de modelos interpretativos, narrativos e relacionais.

As Metáforas-Raiz de Stephen Pepper

É dentro desse cenário filosófico que o contextualismo gains relevância. Um autor especialmente importante para compreender essa transição é Stephen Pepper, que propôs diferentes “metáforas-raiz” organizando formas distintas de interpretar a realidade:

- **Formismo:** A realidade é compreendida por meio de categorias e similaridades. Conhecer significa classificar fenômenos em grupos compartilhados (Ex: Manuais como o DSM).
- **Mecanicismo:** A metáfora central é a máquina. Os fenômenos são entendidos como partes organizadas por relações causais lineares. Grande parte do modelo biomédico e de abordagens cognitivistas foi profundamente influenciada por essa lógica mecanicista (Ex: "Consertar" um pensamento disfuncional).
- **Organicismo:** A metáfora central passa a ser o organismo vivo, enfatizando desenvolvimento, integração e crescimento progressivo.



- **Contextualismo:** Utiliza como metáfora fundamental o **ato em contexto**.

Metáfora-Raiz da ACT: O Ato em Contexto

Comportamentos, pensamentos, emoções e ações humanas não podem ser compreendidos isoladamente de suas circunstâncias históricas, sociais, relacionais e temporais.

O foco deixa de ser a estrutura interna dos fenômenos e passa a ser sua função contextual. Um comportamento não possui significado fixo em si mesmo. Seu significado depende do contexto em que ocorre, das contingências presentes e das consequências produzidas. Essa mudança é extremamente importante para compreender a ACT.

O **contextualismo funcional**, especificamente, é a filosofia da ciência que sustenta diretamente a ACT. Seu objetivo não é descobrir verdades absolutas sobre a mente humana, mas desenvolver análises que permitam prever e influenciar comportamentos com precisão, profundidade e abrangência. Isso muda profundamente a maneira como compreendemos sofrimento psicológico. Em vez de perguntar “*o que esse sintoma é?*”, o contextualismo frequentemente pergunta “*como esse comportamento funciona neste contexto?*”. Pensamentos, emoções e sensações deixam de ser vistos como entidades internas causadoras do comportamento e passam a ser compreendidos também como eventos psicológicos inseridos em redes maiores de interação.

Citação de Destaque

*"A linguagem humana é simultaneamente uma das maiores ferramentas de adaptação e uma das maiores fontes de sofrimento psicológico." — **Steven C. Hayes***

Implicações Clínicas e Critério de Verdade

Essa diferença produz consequências clínicas profundas. Um pensamento ansioso, por exemplo, não é necessariamente tratado como um erro cognitivo que precisa ser eliminado. Ele pode ser compreendido como um evento verbal que participa de padrões maiores de



esquiva, controle e sofrimento. Da mesma forma, emoções difíceis deixam de ser vistas apenas como problemas a serem removidos e passam a ser analisadas em termos de função, contexto e relação com o comportamento. O foco clínico desloca-se da eliminação do sofrimento para a ampliação da flexibilidade psicológica.

Essa lógica contextual também modifica o próprio critério de verdade científica. Enquanto o positivismo tradicional busca correspondência com uma realidade objetiva, o contextualismo funcional adota um **critério pragmático**. Uma análise é considerada útil quando permite prever e influenciar comportamentos de maneira eficaz. Isso significa que o valor de uma formulação clínica não está apenas em sua suposta precisão descritiva, mas principalmente em sua utilidade funcional para promover mudança psicológica significativa.

Paradigma Positivista	Paradigma Contextual Funcional
Busca a Verdade por Correspondência (Descrever a realidade como ela é).	Busca a Verdade Pragmática (O conhecimento é válido se gera mudança eficaz).
Foca na Estrutura do sintoma (Frequência, intensidade, diagnóstico).	Foca na Função do comportamento (Para que serve este sintoma neste contexto).

Na prática clínica, isso implica uma mudança importante de postura. O terapeuta deixa de buscar exclusivamente a remoção de sintomas e passa a investigar os processos que organizam o sofrimento humano. Muitas estratégias que parecem “disfuncionais” podem ser compreendidas como tentativas legítimas de proteção diante da dor psicológica. A esquiva emocional, por exemplo, frequentemente surge como uma tentativa compreensível de evitar



sofrimento. O problema não está simplesmente na existência dessa estratégia, mas na rigidez com que ela passa a organizar a vida da pessoa e nos custos produzidos ao longo do tempo.

Da mesma forma, pensamentos deixam de ser tratados apenas em termos de verdade ou falsidade. A ACT interessa-se principalmente pela relação que o indivíduo estabelece com seus próprios pensamentos. Um pensamento pode ser literalmente falso e ainda assim exercer enorme controle sobre o comportamento. Por outro lado, um pensamento pode até conter elementos verdadeiros e ainda assim funcionar de maneira rigidamente limitadora. A questão central passa a ser funcional: como essa relação com a experiência interna influencia a capacidade da pessoa de viver uma vida mais flexível, significativa e orientada por valores?

Talvez uma das contribuições mais importantes do contextualismo funcional seja justamente romper com a ideia de que saúde psicológica significa ausência de sofrimento. A ACT parte do pressuposto de que dor emocional, medo, tristeza, ansiedade e sofrimento fazem parte inevitável da experiência humana, especialmente em organismos dotados de linguagem complexa. O objetivo da psicoterapia deixa de ser construir uma vida sem dor e passa a ser ampliar a capacidade de se relacionar com essa dor de maneira mais aberta, consciente e flexível.

Alerta Clínico: O Foco na Função

*Lembre-se: Para a ACT, a pergunta central nunca é se um pensamento é "verdadeiro" ou "falso", mas sim: **aonde o paciente vai parar se agir sob o controle desse pensamento?** O foco sai da verdade literal e vai para a utilidade prática.*

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Epistemologia da ACT:** Baseada no Contextualismo Funcional, onde o foco é o "ato em contexto".



2. **Ruptura com o Mecanicismo:** A mente não é uma máquina com peças (pensamentos) defeituosas a serem trocadas.
3. **Critério Pragmático:** Uma intervenção é válida se aumentar a flexibilidade e utilidade na vida do paciente, não se ela "provar" que o terapeuta está certo.

3 ONDAS DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

Quando falamos sobre a história da ACT, é importante compreender que ela não surge isoladamente dentro da psicologia. A Terapia de Aceitação e Compromisso faz parte de um movimento muito mais amplo de transformação das terapias comportamentais e cognitivas ao longo do tempo. Para compreender realmente a lógica da ACT, precisamos entender também o percurso histórico que levou ao surgimento das chamadas terapias de terceira onda. Esse conceito foi proposto principalmente por Steven C. Hayes, um dos principais desenvolvedores da ACT, ao descrever mudanças progressivas de foco dentro da tradição comportamental.

Esclarece-se, contudo, que a ideia de “ondas” não representa rupturas absolutas entre abordagens anteriores e posteriores. Não se trata de dizer que uma geração de terapias estava completamente errada e outra finalmente descobriu a verdade definitiva sobre sofrimento humano. O conceito de ondas descreve, na verdade, mudanças de ênfase, mudanças naquilo que passa a ser considerado clinicamente mais relevante e cientificamente mais promissor dentro da tradição comportamental e cognitiva.

A Primeira Onda: O Behaviorismo Clássico e o Foco no Comportamento Observável

A primeira onda está associada ao behaviorismo clássico e ao desenvolvimento inicial das terapias comportamentais. Seu foco principal estava diretamente ligado ao comportamento observável e às contingências ambientais que o organizavam. Influenciada



inicialmente pelos trabalhos de Pavlov e Watson, essa tradição buscava construir uma psicologia científica baseada em observação objetiva, relações estímulo–resposta e controle experimental rigoroso. O comportamento era compreendido principalmente em termos de aprendizagem e condicionamento.

Nesse período, a objetividade científica era frequentemente associada apenas àquilo que podia ser observado publicamente. Pensamentos, emoções e experiências subjetivas eram vistos com grande desconfiança metodológica, já que pareciam difíceis de mensurar diretamente. Isso favoreceu um foco muito forte sobre comportamento observável, contingências ambientais e processos de condicionamento.

Nota Histórica: A Porta Aberta por Skinner

Posteriormente, Skinner produz uma mudança extremamente importante dentro do behaviorismo ao desenvolver o behaviorismo radical. Diferentemente do behaviorismo metodológico mais tradicional, Skinner propõe que pensamentos, sentimentos e eventos privados também podem ser objeto legítimo de análise científica. A objetividade deixa de depender exclusivamente da observação pública e passa a estar relacionada às contingências que controlam o comportamento e a observação.

Essa mudança de Skinner é fundamental porque abre espaço para uma compreensão científica da subjetividade sem abandonar a tradição analítico-comportamental. Mesmo assim, embora Skinner tenha aberto essa possibilidade, grande parte da tradição behaviorista permaneceu fortemente focada em comportamento observável e em contingências externas mais simples.

Como aponta Hayes, poucos behavioristas atravessaram completamente a porta aberta pelo behaviorismo radical em direção à análise aprofundada da linguagem, da cognição e dos eventos privados complexos. Isso ajuda a compreender por que muitos fenômenos humanos relacionados à identidade, sofrimento existencial, autoconsciência e linguagem simbólica permaneceram relativamente pouco desenvolvidos até o surgimento das terapias contextuais.



A Segunda Onda: A Revolução Cognitiva e a Modificação do Conteúdo

A segunda onda surge justamente como uma tentativa de ampliar esse modelo. As terapias cognitivas começam a incorporar pensamentos, crenças, interpretações e esquemas mentais como elementos centrais da prática clínica. O sofrimento psicológico passa a ser compreendido principalmente em termos de distorções cognitivas, pensamentos disfuncionais e crenças irracionais. O objetivo terapêutico desloca-se então para a modificação do conteúdo mental.

- **Modelo de Intervenção da Segunda Onda:**

*Identificar Pensamento Disfuncional —> Disputar/Contestar o Conteúdo —>
Substituir por Pensamento Racional*

Esse movimento produziu avanços clínicos extremamente importantes. A terapia cognitiva ampliou a capacidade de intervenção sobre sofrimento emocional complexo e aproximou a psicoterapia de temas subjetivos que haviam sido relativamente marginalizados pelo behaviorismo mais tradicional.

Entretanto, ao mesmo tempo, o foco excessivo sobre mudança de pensamentos também começou a produzir algumas limitações importantes. Gradualmente, tornou-se cada vez mais evidente que muitos pacientes não sofrem apenas pelo conteúdo específico de seus pensamentos, mas pela relação rígida que estabelecem com eles. Em muitos casos, o esforço constante para controlar, eliminar ou substituir eventos privados desagradáveis acaba paradoxalmente ampliando o sofrimento.

A Terceira Onda: O Retorno Radical às Bases e o Foco na Função

É justamente nesse contexto que começa a emergir aquilo que Hayes chama de terceira onda das terapias comportamentais. A terceira onda não representa um abandono da análise do comportamento. Pelo contrário. Hayes descreve esse movimento como um retorno radical às bases da própria análise comportamental, agora aplicada a eventos privados complexos, linguagem e cognição humana.



Em vez de compreender pensamentos como causas internas separadas do comportamento, pensamentos e emoções passam a ser compreendidos também como comportamentos inseridos em contextos específicos e mantidos por determinadas funções.

A Mudança de Foco da Terceira Onda (ACT)

A ACT não busca modificar diretamente o conteúdo dos pensamentos para torná-los mais positivos ou mais racionais. O foco desloca-se para a função que esses eventos exercem na vida do indivíduo e para a relação que a pessoa estabelece com sua própria experiência interna. Isso produz uma mudança clínica profunda: em vez de perguntar “esse pensamento é verdadeiro?”, a ACT frequentemente pergunta “como sua relação com esse pensamento influencia sua vida?”.

Fundamentos da Análise do Comportamento Aplicados à Clínica

Para compreender melhor essa transição, é importante aprofundar alguns conceitos fundamentais da análise do comportamento. Desde suas origens, a análise comportamental esteve muito mais interessada na função do comportamento do que em sua forma superficial. O comportamento é compreendido como resultado de contingências historicamente estabelecidas e mantidas por processos de seleção por consequências. Isso significa que respostas comportamentais tendem a ser fortalecidas ou enfraquecidas dependendo das consequências que produzem.

Nesse contexto, Skinner descreve processos fundamentais como reforçamento e punição, positivos e negativos. O **reforçamento negativo** possui especial importância para compreender sofrimento psicológico e esquiva experiencial. Um comportamento é mantido por reforçamento negativo quando produz redução, remoção ou evitação de estímulos aversivos. Em outras palavras, o comportamento continua ocorrendo porque gera alívio.



Comportamento de Esquiva	Estímulo Aversivo Interno	Consequência Imediata	Consequência de Longo Prazo
Evitar situações sociais	Ansiedade / Medo de julgamento	Alívio temporário da tensão	Isolamento e quebra de vínculos
Beber álcool	Desconforto emocional / Tristeza	Alívio momentâneo da dor	Dependência e prejuízos à saúde
Procrastinar tarefas	Medo do fracasso / Cobrança	Escapar temporariamente da pressão	Acúmulo de problemas e frustração

O problema é que esse tipo de reforçamento tende a produzir efeitos colaterais importantes ao longo do tempo. Como o alívio costuma ocorrer imediatamente, ele se torna extremamente poderoso na organização do comportamento humano. Consequências mais distais, como crescimento pessoal, construção de vínculos, realização profissional ou desenvolvimento de uma vida significativa, perdem força diante da potência do alívio imediato. Aos poucos, o repertório comportamental vai se estreitando.

Esse estreitamento é central para compreender sofrimento psicológico dentro da ACT. Quando o comportamento passa a ser rigidamente organizado pela evitação de experiências internas desagradáveis, a pessoa reduz progressivamente o contato com situações



importantes, reforçadores positivos e oportunidades de crescimento. O organismo torna-se menos flexível, menos variável e menos sensível ao contexto presente.

A Sistematização da ACT e o Papel dos Valores

A literatura behaviorista clássica já descrevia muitos desses fenômenos muito antes do surgimento da ACT. Procedimentos como exposição, dessensibilização sistemática e ativação comportamental atuam exatamente sobre esses processos. A exposição reduz gradualmente o controle exercido pela esquiva ao promover contato repetido com estímulos aversivos sem que ocorra a fuga habitual. A ativação comportamental amplia novamente o acesso a reforçadores positivos e aumenta a variabilidade comportamental.

O que a ACT faz é sistematizar esses princípios dentro de uma perspectiva contextual mais ampla. Em vez de focar exclusivamente na eliminação do desconforto, a ACT procura modificar a função dos eventos internos e a relação estabelecida com eles. O objetivo deixa de ser controlar pensamentos e emoções e passa a ser desenvolver maior flexibilidade psicológica diante da experiência humana.

🎯 O Papel Clínico dos Valores

Na ACT, os valores podem ser compreendidos como organizadores comportamentais orientados para consequências mais amplas e de longo prazo. Eles ajudam a competir com o domínio exercido pelo reforçamento negativo imediato. Quando alguém age orientado apenas pela evitação do desconforto, sua vida tende a se estreitar progressivamente. Quando a ação passa a ser organizada também por valores, torna-se possível construir repertórios mais amplos, flexíveis e significativos mesmo na presença de dor psicológica.

A ACT não representa uma ruptura com a análise do comportamento, mas uma ampliação de seu campo de aplicação. Conceitos clássicos como contingência, reforçamento, esquiva, variabilidade, seleção por consequências e contexto continuam profundamente presentes. O avanço ocorre na tentativa de aplicar esses princípios a fenômenos humanos



complexos relacionados à linguagem, autorreferência, sofrimento existencial e eventos privados.

Essa perspectiva também modifica profundamente a maneira como compreendemos sofrimento psicológico. Em vez de localizar o problema apenas dentro do indivíduo ou apenas em pensamentos distorcidos, a ACT procura compreender padrões comportamentais organizados historicamente pela linguagem, pelas contingências e pela tentativa constante de controlar experiências internas inevitáveis.

Alerta Clínico: A Armadilha do Alívio Imediato

Fique atento em sessão: o reforçamento negativo é o principal combustível da rigidez psicológica. O alívio imediato que o paciente sente ao se esquivar da dor silencia as consequências de longo prazo. O papel do terapeuta ACT é trazer os valores para o presente, permitindo que eles compitam com o poder avassalador do alívio imediato.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Primeira Onda:** Foco no comportamento observável e condicionamento externo.
2. **Segunda Onda:** Foco no conteúdo cognitivo; tentativa de reestruturar e mudar pensamentos disfuncionais.
3. **Terceira Onda (ACT):** Foco na função do comportamento e na relação com os pensamentos, trazendo uma abordagem contextual e focada em processos.
4. **Reforçamento Negativo:** Mecanismo central da esquiva experiencial que gera alívio rápido, mas encolhe a vida do paciente a longo prazo.



Quando começamos a estudar ACT com mais profundidade, percebemos rapidamente que ela propõe uma mudança bastante radical na forma tradicional de compreender sofrimento psicológico. Grande parte da psicologia e da psiquiatria modernas foi construída a partir de um pressuposto muito específico: a ideia de que o funcionamento humano saudável seria naturalmente equilibrado, racional e orientado ao bem-estar, enquanto sofrimento intenso representaria algum tipo de desvio patológico. Steven C. Hayes chama esse pressuposto de “**normalidade saudável**”.

Essa ideia parece intuitiva à primeira vista. Afinal, tendemos naturalmente a imaginar que saúde mental significa ausência de sofrimento, equilíbrio emocional constante e funcionamento psicológico estável. Dentro dessa lógica, emoções difíceis, pensamentos intrusivos, ansiedade intensa, tristeza persistente ou desesperança passam a ser tratados como sinais de algo que estaria funcionando incorretamente no indivíduo. A cura, conseqüentemente, passa a ser entendida como eliminação desses estados indesejados e restauração de um suposto equilíbrio psicológico natural.

A Crítica à Normalidade Saudável e a Biomedicalização

A ACT questiona profundamente essa visão. Hayes argumenta que sofrimento psicológico não é necessariamente um erro do sistema humano, mas uma consequência relativamente natural do funcionamento de organismos dotados de linguagem complexa, autoconsciência e capacidade simbólica avançada. Em outras palavras, a própria capacidade humana de pensar, imaginar, comparar, antecipar o futuro, lembrar do passado e avaliar a própria experiência cria condições para o sofrimento psicológico surgir de maneira inevitável. Isso representa uma mudança muito importante. O sofrimento deixa de ser visto exclusivamente como sinal de defeito individual e passa a ser compreendido como parte inerente da condição humana. A questão clínica central deixa de ser “como eliminar completamente a dor?” e passa a ser “como nos relacionamos com essa dor?”.

■ Termo Técnico: Biomedicalização da Vida Psicológica

É o processo histórico e cultural pelo qual eventos privados indesejados — como tristeza, medo, angústia, insônia, preocupação ou pensamentos intrusivos —



começaram a ser tratados principalmente como sintomas de doenças subjacentes. A agregação estatística desses sintomas passou a formar categorias diagnósticas que, gradualmente, adquiriram status de entidades reais, independentes do contexto.

Essa mudança produz consequências profundas não apenas para a ciência, mas também para a cultura. Emoções humanas normais começam progressivamente a ser tratadas como sinais de patologia. Luto, tristeza, medo, insegurança, vergonha e ansiedade deixam de ser compreendidos apenas como experiências humanas naturais e passam frequentemente a ser interpretados como sintomas clínicos. Isso altera profundamente a forma como as pessoas se relacionam com a própria experiência emocional.

Dentro desse modelo biomédico, o tratamento tende a concentrar-se principalmente na eliminação ou redução de experiências internas desagradáveis. A intervenção farmacológica ganha enorme destaque como principal via de tratamento, enquanto aspectos relacionais, históricos, culturais e contextuais frequentemente tornam-se secundários. A lógica implícita passa a ser: existe um desequilíbrio interno produzindo sofrimento e precisamos corrigir esse desequilíbrio.

A ACT propõe uma crítica importante a essa perspectiva. Não se trata de negar completamente fatores biológicos envolvidos no sofrimento psicológico, nem de rejeitar a utilidade de intervenções medicamentosas em determinados contextos. A crítica é outra. O problema surge quando o sofrimento humano passa a ser reduzido exclusivamente a disfunções internas individuais, ignorando os contextos comportamentais, sociais, culturais e relacionais nos quais esse sofrimento se desenvolve.

Além disso, Hayes argumenta que a tentativa constante de eliminar ou controlar experiências internas desagradáveis frequentemente intensifica o próprio sofrimento. Quanto mais a pessoa luta contra pensamentos, emoções e sensações indesejadas, mais rígida tende a se tornar sua relação com eles. Esse padrão de luta permanente acaba fortalecendo a esQUIVA experiencial, o controle emocional rígido e a evitação psicológica — exatamente os processos centrais que a ACT procura flexibilizar.



O Cenário das Evidências Científicas e o Mito da Doença Psiquiátrica

Quando analisamos mais profundamente a literatura científica sobre antidepressivos e tratamentos biomédicos, o cenário também se torna mais complexo do que muitas vezes é apresentado popularmente. Meta-análises importantes mostram que antidepressivos tendem a apresentar benefícios mais consistentes em quadros graves, mas efeitos relativamente modestos em depressão leve e moderada quando comparados ao placebo.

Além disso, a alta resposta ao placebo observada em muitos estudos sugere que fatores contextuais, relacionais e expectativas terapêuticas exercem influência extremamente significativa nos resultados clínicos. Isso não significa que medicamentos não funcionem, mas enfraquece a ideia simplificada de que sofrimento psicológico decorre apenas de “desequilíbrios químicos” corrigidos diretamente pela farmacologia.

O Fenômeno da Reificação Diagnóstica

Reificação ocorre quando categorias diagnósticas, originalmente criadas apenas para descrever padrões de sofrimento, passam a ser tratadas como entidades causais autônomas. Em vez de serem compreendidos como descrições organizacionais de determinados fenômenos, diagnósticos começam a funcionar como explicações em si mesmos.

- **A Armadilha do Raciocínio Circular (Reificação):**

O paciente apresenta tristeza e fadiga —> Recebe o rótulo de "Depressão" —> O rótulo vira a causa: "Ele está triste porque tem depressão".

A ACT questiona justamente essa tendência. Apesar de décadas de pesquisa, ainda existem enormes dificuldades em estabelecer síndromes psiquiátricas como entidades patológicas claramente delimitadas nos mesmos moldes das doenças médicas tradicionais. Nenhum marcador laboratorial específico conseguiu identificar de forma confiável a maioria das categorias diagnósticas descritas no DSM. Ao mesmo tempo, as taxas extremamente elevadas de comorbidade colocam em dúvida a própria consistência estrutural dessas categorias.



Isso significa que indivíduos frequentemente recebem múltiplos diagnósticos simultaneamente, utilizando categorias supostamente distintas. Em muitos casos, os mesmos tratamentos funcionam para diferentes transtornos. Tudo isso enfraquece a hipótese de que estamos lidando com entidades claramente separadas e biologicamente específicas. Ademais, o DSM vem progressivamente expandindo suas classificações diagnósticas ao longo das últimas décadas. Novas categorias, subcategorias e dimensões são continuamente adicionadas, gerando preocupações importantes sobre a patologização crescente da experiência humana, onde processos normais da vida passam gradualmente a ser interpretados em linguagem psiquiátrica.

Mudança de Paradigma: Do Modelo Sindrômico para o Transdiagnóstico

Na prática clínica real, essa limitação torna-se ainda mais evidente. A maioria dos pacientes não chega à terapia trazendo apenas um conjunto isolado de sintomas. Eles trazem relacionamentos difíceis, sofrimento existencial, conflitos familiares, vazio, medo, vergonha, insegurança, problemas profissionais, crises de identidade, isolamento, uso de substâncias, dificuldades emocionais e questões relacionadas ao sentido da própria vida. O terapeuta precisa inevitavelmente trabalhar muito além da simples descrição sindrômica.

Modelo Sindrômico Tradicional (DSM)	Modelo Transdiagnóstico Baseado em Processos (ACT)
Pergunta: <i>"Qual transtorno ou síndrome essa pessoa possui?"</i>	Pergunta: <i>"Quais processos estão organizando o sofrimento e a rigidez nesta vida?"</i>
Foca em categorias fixas e rótulos de patologias isoladas.	Foca em processos psicológicos amplos e universais.



Agrupa sintomas estáticos para fechar um diagnóstico.	Investiga a dinâmica de redes como fusão cognitiva e esquiva experiencial.
---	--

Esse movimento aproxima a ACT de uma perspectiva transdiagnóstica. O foco deixa de ser categorias fixas de doença e passa a ser processos psicológicos mais amplos, como esquiva experiencial, fusão cognitiva, inflexibilidade comportamental, controle emocional rígido e afastamento de valores pessoais.

O Conceito de Normalidade Destrutiva

Dentro dessa lógica, Hayes introduz ainda o conceito de **normalidade destrutiva**. A ideia central aqui é extremamente importante: muitos dos processos psicológicos responsáveis pelo sofrimento humano são, na verdade, processos normais e até adaptativos em determinados contextos.

A capacidade humana de linguagem, planejamento, comparação e antecipação do futuro é justamente aquilo que permite nossa sobrevivência, desenvolvimento cultural e organização social. Entretanto, essas mesmas capacidades também ampliam enormemente nossa vulnerabilidade ao sofrimento psicológico:

- **A capacidade de imaginar perdas futuras** produz ansiedade.
- **A capacidade de comparar-se constantemente** produz vergonha e inadequação.
- **A habilidade de lembrar eventos dolorosos** prolonga o sofrimento muito além da situação original.

Isso ajuda a compreender por que o sofrimento psicológico parece tão profundamente ligado à condição humana. O problema não está apenas em experiências traumáticas específicas ou em falhas individuais, mas também nas próprias características do funcionamento simbólico humano. Talvez um dos exemplos mais extremos disso seja o suicídio intencional, fenômeno praticamente exclusivo da nossa espécie. A capacidade



humana de simbolização permite não apenas sofrer no presente, mas sofrer antecipadamente pelo futuro, reviver o passado mentalmente e construir narrativas profundamente dolorosas sobre si mesmo e sobre a vida.

É justamente nesse ponto que a ACT e a *Relational Frame Theory* (RFT) começam a se conectar de maneira mais profunda. A linguagem humana, ao mesmo tempo que amplia enormemente nossa capacidade adaptativa, também amplia nossa vulnerabilidade psicológica. Grande parte do sofrimento humano passa então a estar relacionada não apenas aos eventos em si, mas às redes simbólicas e relacionais que organizam o significado desses eventos.

⚠ **Alerta Clínico: O Perigo da Explicação Circular**

Cuidado para não cair na armadilha da reificação junto com o paciente. Quando ele disser "eu não consigo sair de casa porque tenho agorafobia", lembre-se de que "agorafobia" é apenas o nome dado ao padrão de evitar lugares públicos. Acabar-se com o rótulo impede a investigação dos processos reais: qual é a esQUIVA experiencial envolvida e de quais valores ele está se afastando ao ficar trancado?

📌 **Resumo Fixação (Análise Rápida)**

1. **Normalidade Saudável vs. Destrutiva:** O sofrimento não é um defeito biológico inevitável, mas um subproduto direto da própria linguagem e cognição humana normal.
2. **Reificação Diagnóstica:** Transformar descrições de sintomas (ex: depressão) em causas místicas para o próprio sofrimento, gerando raciocínios circulares.
3. **Foco Transdiagnóstico:** Em vez de tratar uma patologia do DSM, a ACT mapeia processos universais de rigidez e inflexibilidade que operam transdiagnosticamente em diferentes queixas.



PSICOLOGIA BUDISTA

Quando começamos a estudar a ACT com maior profundidade, fica cada vez mais claro que ela não surge de maneira isolada dentro da psicologia contemporânea. Embora seja uma abordagem profundamente baseada em ciência comportamental, análise funcional, linguagem e evidências empíricas, a ACT também dialoga com tradições muito mais antigas de investigação da experiência humana. Entre essas tradições, talvez a mais importante seja aquilo que podemos chamar de **psicologia budista**.

Aqui é importante fazer uma diferenciação fundamental logo no início. Quando falamos em psicologia budista, não estamos falando necessariamente de religião, crença espiritual ou doutrina metafísica. O foco não está em elementos religiosos tradicionais, mas em um conjunto extremamente sofisticado de observações sobre o funcionamento da mente humana, desenvolvidas ao longo de milhares de anos por meio da investigação direta da experiência subjetiva. Nesse sentido, o budismo pode ser compreendido como uma espécie de **ciência da experiência**.

Seu interesse central sempre esteve voltado para perguntas profundamente psicológicas:

- Como o sofrimento surge?
- Como ele se mantém?
- Como determinadas formas de funcionamento mental ampliam o sofrimento?
- E como é possível transformar essa relação com a experiência humana?

Essas perguntas são extremamente próximas das perguntas centrais da própria psicoterapia.

A Relação com os Eventos: Mudar o Foco do Sintoma



Um dos pontos mais fundamentais dessa tradição é a ideia de que o sofrimento não está apenas nos eventos externos da vida, mas principalmente na forma como nos relacionamos com esses eventos. Em outras palavras, não é apenas o que acontece conosco que produz sofrimento, mas o modo como nossa mente responde ao que acontece. Essa formulação se aproxima profundamente da lógica da ACT.

Na ACT, o foco clínico também não está simplesmente em eliminar pensamentos difíceis, apagar emoções dolorosas ou impedir completamente experiências internas desagradáveis. O interesse principal está em transformar a relação que o indivíduo estabelece com essas experiências. Isso representa uma mudança extremamente importante em comparação com modelos tradicionais centrados principalmente na redução direta de sintomas.

O Princípio da Impermanência e a Armadilha da Rigidez

Outro conceito central da psicologia budista é a noção de **impermanência**. Tudo aquilo que existe está continuamente mudando. Pensamentos surgem e desaparecem. Emoções vêm e vão. Sensações corporais modificam-se continuamente. Estados psicológicos são processos dinâmicos, não entidades fixas.

Entretanto, apesar dessa natureza transitória da experiência, a mente humana frequentemente comporta-se como se determinados estados fossem permanentes, ameaçadores ou definitivos.

O Impacto Clínico da Ilusão de Permanência

Muitas vezes, o sofrimento psicológico é intensificado porque o indivíduo passa a tratar determinados pensamentos ou emoções como se fossem verdades fixas sobre si mesmo ou sobre o futuro. Um estado emocional temporário passa a ser percebido como identidade permanente. Uma experiência difícil transforma-se em definição absoluta da própria vida. A rigidez surge justamente quando perdemos contato com a natureza dinâmica da experiência humana.



É exatamente nesse ponto que começa a se organizar aquilo que a ACT chama de **evitação experiencial**. Quando tentamos controlar rigidamente aquilo que sentimos, segurar permanentemente experiências agradáveis e eliminar completamente experiências desagradáveis, acabamos entrando em um ciclo contínuo de luta interna. A experiência emocional deixa de fluir naturalmente e passa a ser tratada como algo que precisa constantemente ser combatido, corrigido ou evitado.

A ACT descreve esse processo como um dos principais organizadores do sofrimento psicológico humano. Quanto mais a pessoa luta rigidamente contra pensamentos, emoções e sensações indesejadas, mais controlada tende a se tornar por eles. Isso ocorre porque o esforço contínuo de controle mantém a atenção constante voltada para a própria experiência interna, fortalecendo a esquiva, o monitoramento e a hipervigilância psicológica. As tradições contemplativas já observavam há muito tempo que a tentativa excessiva de controle da experiência frequentemente intensifica o sofrimento. Em vez de eliminar a dor, a luta constante contra a experiência acaba adicionando camadas secundárias de sofrimento sobre experiências inevitáveis da vida humana.

O "Não-Eu" e o Self como Contexto

Outro conceito extremamente importante da psicologia budista é a ideia de “**não-eu**”, ou de um *self* não fixo. A proposta aqui não é negar a existência subjetiva da identidade, mas questionar a tendência humana de tratar o “eu” como uma entidade rígida, estável e permanente. A experiência de identidade é compreendida muito mais como um fluxo contínuo de processos psicológicos — pensamentos, memórias, emoções, papéis sociais, narrativas e sensações — do que como uma essência fixa e imutável.

Isso se aproxima profundamente do conceito de **self como contexto** desenvolvido na ACT. Em vez de compreender o indivíduo como equivalente ao conteúdo de seus pensamentos e emoções, a ACT propõe a possibilidade de desenvolver uma posição mais observadora diante da experiência. Surge então a distinção fundamental entre o conteúdo psicológico e o espaço de consciência que observa esse conteúdo.



Nível de Identificação	Formulação Linguística	Impacto Clínico
Fusão com o Self-Conteúdo	<i>"Eu sou ansioso."</i>	A ansiedade torna-se a identidade total e rígida do paciente.
Diferenciação pelo Self-Contexto	<i>"Estou tendo pensamentos e sensações de ansiedade."</i>	A ansiedade torna-se uma experiência observável, localizável e transitória.

Clinicamente, essa mudança pode parecer simples, mas possui um impacto extremamente profundo, pois reduz a fusão cognitiva e amplia a flexibilidade psicológica.

Atenção Plena: O Papel Funcional do Mindfulness

Outro ponto de grande convergência entre a ACT e a psicologia budista é a centralidade da atenção ao momento presente. Tanto as práticas contemplativas quanto as intervenções baseadas em *mindfulness* enfatizam a importância de desenvolver contato consciente com a experiência atual, de maneira aberta, curiosa e menos automática.

Grande parte do sofrimento humano ocorre justamente porque a mente permanece constantemente deslocada entre o passado (ruminação) e o futuro (preocupação antecipatória). O *mindfulness* surge então não como técnica de relaxamento, mas como prática de consciência e observação da experiência em tempo real.

■ O Mindfulness na Perspectiva Contextual



Na ACT, o mindfulness não é utilizado como ferramenta espiritual ou mística. Ele funciona principalmente como um processo de aumento de consciência psicológica, desfusão cognitiva e ampliação da flexibilidade atencional. O objetivo não é esvaziar a mente, mas desenvolver uma relação diferente com os próprios eventos internos.

O Objetivo Final: Aceitação e Flexibilidade Psicológica

Talvez o ponto mais importante de toda essa aproximação seja compreender que o objetivo não é eliminar completamente o sofrimento humano. A proposta não é construir uma vida sem dor, medo, tristeza ou ansiedade. O foco está em transformar a relação estabelecida com essas experiências, de modo que elas deixem de restringir completamente a capacidade de viver uma vida significativa.

Muitos pacientes chegam à terapia profundamente envolvidos em uma luta contínua contra aquilo que sentem. Tentam controlar emoções, eliminar pensamentos negativos, evitar desconforto e “consertar” permanentemente a própria experiência interna. Sem perceber, acabam reforçando exatamente os processos que mantêm o sofrimento e a rigidez psicológica.

Quando introduzimos uma mudança de perspectiva — de controle para abertura, de fusão para observação, de esquiva para aceitação — algo começa gradualmente a se reorganizar:

- Os pensamentos difíceis continuam existindo.
- As emoções desagradáveis continuam surgindo.
- **A grande mudança:** A relação com essas experiências torna-se menos rígida, menos automática e menos dominada pela luta constante.

É justamente aqui que emerge a **flexibilidade psicológica**: a capacidade de entrar em contato com a experiência presente de maneira mais aberta, consciente e orientada por valores, mesmo na presença de sofrimento. A flexibilidade não significa ausência de dor, mas uma liberdade maior diante da própria experiência interna.



Ao trazer elementos da psicologia budista como pano de fundo, a ACT não se transforma em uma abordagem religiosa. O que ela faz é retirar um conjunto refinado de observações milenares sobre o sofrimento e validá-las por meio da ciência psicológica contemporânea, dos estudos de neurociência e das terapias contextuais.

⚠ **Alerta Clínico: Mindfulness não é Sedativo**

Um erro comum em psicoterapeutas iniciantes é aplicar o mindfulness com a função oculta de acalmar o paciente ou fazê-lo parar de chorar. Se você usar a atenção plena para reduzir o sintoma, estará operando no modelo de controle (esquiva experiencial). O papel do mindfulness na ACT é aumentar o espaço de consciência para que o paciente consiga discriminar o que sente, permitindo a abertura necessária para a ação valorosa.

📌 **Resumo Fixação (Análise Rápida)**

1. **Ciência da Experiência:** O Budismo entra na ACT não como dogma religioso, mas como um modelo empírico de observação e desidentificação do sofrimento.
2. **Impermanência:** Entender os eventos internos como fluxos mutáveis e não como barreiras ou verdades monolíticas sobre o Self.
3. **Mudar a Relação:** O foco sai do controle sintomático direto para a construção de uma postura observadora (Self como Contexto), abrindo espaço para a flexibilidade.

RELATIONAL FRAME THEORY (RFT)

Agora vamos compreender aquilo que talvez represente o coração teórico da ACT: a **Relational Frame Theory**, ou simplesmente **RFT**. Embora muitas vezes a ACT seja conhecida principalmente por suas intervenções clínicas, metáforas e exercícios experienciais, a RFT representa a principal tentativa de construir uma explicação comportamental da linguagem e da cognição humanas. Em outras palavras, a RFT busca



responder uma pergunta fundamental: **como a linguagem humana funciona e por que ela produz tanto sofrimento psicológico?**

O objetivo aqui não é transformar clínicos em pesquisadores especializados em linguagem, mas compreender os princípios essenciais que sustentam a prática clínica em ACT. Isso é importante porque, sem entender minimamente a lógica da RFT, muitos processos centrais da ACT acabam parecendo apenas estratégias intuitivas ou técnicas isoladas. Na verdade, grande parte da ACT deriva diretamente da forma como a RFT compreende o funcionamento da linguagem humana.

A Aprendizagem de Relações Derivadas

Tradicionalmente, abordagens comportamentais explicavam a aprendizagem principalmente por associação direta entre estímulos (condicionamento clássico e operante). Entretanto, a linguagem humana parece ir muito além de simples associações. Humanos não apenas aprendem relações diretamente ensinadas; aprendem também a **derivar novas relações** sem necessidade de treino explícito. Isso significa que nosso comportamento pode ser controlado por relações simbólicas extremamente complexas que nunca foram diretamente experimentadas.

Esse fenômeno começou a ser estudado inicialmente por meio das pesquisas sobre **equivalência de estímulos**.

- **O Treino Direto:** Imagine que uma criança aprenda que o estímulo **A** está relacionado com **B**, e depois aprenda que **B** está relacionado com **C**.
- **A Derivação Espontânea:** Sem qualquer treino adicional, ela passará automaticamente a responder como se **A** também estivesse relacionado com **C**, e vice-versa. Essas relações derivadas emergem de forma espontânea.

Esse ponto é extremamente importante porque mostra que a cognição humana possui uma capacidade relacional muito sofisticada. Nós constantemente derivamos novas relações a partir de relações previamente aprendidas. A linguagem humana não funciona apenas pela presença física dos estímulos, mas pela construção de redes simbólicas complexas.



As Três Propriedades das Molduras Relacionais

A RFT amplia enormemente essa ideia ao propor que o núcleo da linguagem humana está na capacidade de aprender e aplicar **molduras relacionais**. Molduras (ou quadros) relacionais são padrões aprendidos de responder a estímulos em termos de determinadas relações, sob o controle de pistas contextuais. Aprendemos, por exemplo, relações como “igual a”, “maior que”, “menor que”, “oposto de”, “antes de”, “causa de” e “parte de”.

Essas relações tornam-se extremamente flexíveis porque passam a ser **arbitrariamente aplicáveis**. Uma vez aprendida determinada moldura relacional, conseguimos aplicá-la praticamente a qualquer conteúdo, independentemente das propriedades físicas dos estímulos envolvidos. Uma moeda pequena de metal pode ser verbalmente “maior” que uma nota de papel grande em valor econômico. Um comentário sutil pode ser percebido como “mais importante” do que um evento fisicamente intenso. O controle deixa de depender apenas das características concretas do ambiente e passa a depender das relações simbólicas construídas pela linguagem.

A RFT descreve três propriedades centrais dessas molduras relacionais:

1. **Implicação Mútua:** Se aprendemos que A tem uma relação com B, automaticamente derivamos a relação de B com A. (Ex: Se A é *maior* que B, derivamos que B é *menor* que A).
2. **Implicação Combinatória:** Se aprendemos que A se relaciona com B, e B se relaciona com C, derivamos uma relação combinada entre A e C. (Ex: Se A é *maior* que B e B é *maior* que C, derivamos que A é *maior* que C).
3. **Transformação de Função:** Significa que as funções psicológicas de um estímulo podem mudar com base nas relações que ele mantém com outros elementos da rede relacional.

A Transformação de Função na Prática Clínica



O conceito de **transformação de função** é absolutamente central para compreender o sofrimento humano na ACT. Quando um elemento de uma rede adquire determinada função emocional, essa função pode espalhar-se para todos os outros elementos relacionados simbolicamente.

O Exemplo da Rede Relacional do Medo

Imagine uma criança que aprende a palavra falada “gato” associada ao animal real. Posteriormente, ela é arranhada por um gato de verdade e desenvolve um medo intenso (resposta condicionada).

A partir desse momento, por transformação de função via implicação mútua e combinatória, o medo não será evocado apenas pelo animal real, mas também pela palavra escrita “G-A-T-O”, por imagens de gatos, por lembranças relacionadas e até por contextos associados ao evento.

Isso não pode ser explicado apenas por semelhança física. A palavra escrita ou falada “gato” não possui nenhuma semelhança física com o bicho peludo de quatro patas. O que conecta ambos é a moldura relacional de equivalência aprendida. É justamente essa capacidade simbólica arbitrária que torna a linguagem humana tão poderosa — e tão perigosa em termos de sofrimento.

Dentro da RFT, o termo “**verbal**” não se refere apenas a palavras faladas ou escritas. Um estímulo funciona verbalmente sempre que seus efeitos dependem de relações derivadas que mantém com outros estímulos. Isso significa que imagens, lembranças, sensações corporais e contextos sociais funcionam verbalmente se estiverem organizados dentro de redes relacionais.

Passamos a sofrer por relações simbólicas. Não sofremos apenas porque algo aconteceu, mas porque aquilo passa a significar algo dentro de uma rede identitária e narrativa mais ampla. Pense em um paciente que vivencia uma rejeição interpessoal. O evento isolado já é doloroso. Entretanto, o sofrimento se amplifica quando essa situação conecta-se verbalmente com ideias derivadas:



- *"Ninguém me ama"*
- *"Sou inadequado"*
- *"Isso sempre acontece comigo"*
- *"Não tenho valor"*

A experiência deixa de ser apenas um evento isolado e passa a integrar uma rede relacional imensa sobre identidade e valor pessoal. Se palavras como “fracasso” estão conectadas a redes associadas à vergonha profunda, a simples lembrança de um pequeno erro desencadeia um sofrimento avassalador.

A Aditividade das Redes: Por que Não Dá para Apagar Pensamentos

Outro aspecto crucial da RFT é que as redes relacionais funcionam principalmente por **adição**, e não por subtração. Quando uma relação verbal é aprendida, ela não desaparece simplesmente porque queremos eliminá-la. Isso significa que pensamentos não são “apagados” da mente humana.

Muitas abordagens terapêuticas operam implicitamente como se fosse possível remover um pensamento ou substituir integralmente crenças antigas por novas crenças mais saudáveis. A ACT assume outra posição: o objetivo clínico não é eliminar pensamentos, mas modificar a função que eles exercem no comportamento presente através da adição de novas pistas contextuais.

- **Rede Rígida Inicial:** *"Eu sou mau" (Gera fusão e culpa).*
- **Rede Expandida por Adição:** *"Estou tendo o pensamento de que eu sou mau" ou "Posso agir inadequadamente em alguns momentos sem que isso defina totalmente quem eu sou".*

Perceba que as novas formulações não deletam o pensamento original. Elas adicionam novas relações à rede, alterando o contexto e modificando a transformação de função daquele conteúdo. O pensamento perde parte de seu impacto automático porque deixa de funcionar como uma verdade literal absoluta.



Comportamento Governado por Regras: Pliance, Tracking e Augmenting

A RFT também explica o chamado **comportamento governado por regras**. Regras são descrições verbais de contingências (especificam comportamentos e consequências). Elas possuem enorme valor adaptativo, pois nos permitem aprender perigos e normas sem precisar experimentar tudo diretamente na pele. Entretanto, o controle excessivo por regras produz uma rigidez psicológica severa. Uma pessoa pode evitar situações sociais rigidamente porque segue a regra *"se eu errar, serei rejeitado"*, mesmo quando suas experiências reais contradizem essa expectativa.

A RFT diferencia três formas principais de comportamento governado por regras:

Tipo de Regra	Definição Funcional	Exemplo Clínico
Pliance	Seguir a regra para obter aprovação social ou evitar punição direta de quem ditou a regra.	<i>"Preciso engolir o choro para que meus pais não fiquem bravos comigo."</i>
Tracking	Seguir a regra porque ela descreve com precisão como o ambiente físico/concreto funciona.	<i>"Se eu tomar o remédio no horário indicado, minha dor física vai diminuir."</i>
Augmenting	Regras que alteram as propriedades motivacionais de uma consequência, dando mais relevância a ela.	<i>"Se eu suportar essa ansiedade agora, estarei sendo o pai presente que valorizo ser."</i>



Clinicamente, muitos pacientes vivem sob o controle rígido de *pliances* e regras internalizadas como "*preciso ser perfeito*" ou "*não posso demonstrar fraqueza*". Essas regras organizam o comportamento de forma cega, impedindo o contato direto com o que está acontecendo no momento presente.

Na ACT, o objetivo não é substituir regras antigas por regras novas. O foco é **flexibilizar a relação** do indivíduo com suas próprias redes verbais. Por meio de processos como desfusão cognitiva, buscamos reduzir o controle rígido exercido pela linguagem sobre as ações. A pessoa passa então a recuperar maior sensibilidade às contingências reais do contexto atual, em vez de agir sob controle automático de narrativas aprendidas.

Alerta Clínico: A Ilusão do Debate Cognitivo

Compreender a RFT muda sua postura no consultório: você para de debater com o paciente se o pensamento dele é verdadeiro ou falso. Tentar provar que um pensamento é logicamente incorreto gera mais debate verbal, adiciona mais nós à rede relacional e aumenta a atenção do paciente voltada para o problema. Em vez de disputar a veracidade da regra, mude o foco para a desfusão: "Vejo que sua mente está ditando essa regra com muita força agora. Se você seguir o que ela manda, para onde sua vida caminha?"

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Relações Derivadas:** A capacidade humana de criar links simbólicos espontâneos entre estímulos sem treino direto.
2. **Transformação de Função:** O mecanismo pelo qual uma palavra ganha a mesma carga de dor ou medo do evento real correspondente.
3. **Redes Aditivas:** O cérebro não possui a tecla "Delete" para conteúdos verbais; o trabalho clínico consiste em expandir a rede e mudar o contexto, não em apagar pensamentos.



4. **Flexibilização de Regras:** Transicionar o paciente de comportamentos automáticos baseados em cobranças sociais (*Pliance*) para ações coordenadas por valores funcionais (*Augmenting*).

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Roche, B., & Smeets, P. M. (2001). Exemplar training and a derived transformation of function in accordance with symmetry. *The Psychological Record*, 51(2), 287–308.
- Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421–433.
- Dougher, M. J., Hamilton, D. A., Fink, B. C., & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 88(2), 179–197.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). 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.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., et al. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47–53.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- 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., 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., 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. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte Press.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., et al. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the FDA. *PLoS Medicine*, 5(2), e45.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). Oakland: New Harbinger.

Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770.



Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance and Commitment Therapy in treating depression*. Oakland: New Harbinger.





TEMA 2

FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA E PROCESSOS CENTRAIS DA ACT

*“A tentativa de evitar o sofrimento é, em si, uma forma de sofrimento.” —
Steven C. Hayes*

Ao longo deste tema, você será convidado a aprofundar a compreensão sobre aquilo que constitui o núcleo central da ACT: a flexibilidade psicológica. Mais do que um conceito teórico, a flexibilidade psicológica representa uma forma específica de compreender saúde mental, sofrimento humano e mudança terapêutica. Dentro da perspectiva contextual, o objetivo da psicoterapia não é simplesmente eliminar sintomas ou produzir estados emocionais positivos permanentes, mas ampliar a capacidade do indivíduo de responder à própria experiência de maneira mais aberta, consciente e orientada por valores.

Inicialmente, serão explorados os fundamentos da flexibilidade e da inflexibilidade psicológica, compreendendo como processos como fusão cognitiva, esquiva experiencial, rigidez comportamental e desconexão de valores organizam grande parte do sofrimento humano. Em seguida, avançaremos para a compreensão das estratégias de controle e eliminação da experiência interna, analisando como a tentativa constante de evitar pensamentos, emoções e sensações desagradáveis frequentemente contribui para manutenção do sofrimento psicológico.

Na sequência, o tema aprofunda o conceito de desesperança criativa, discutindo como o abandono gradual do sistema rígido de controle pode abrir espaço para novas formas de relação com a experiência interna. Posteriormente, serão trabalhados os processos



relacionados ao contato com o momento presente, mindfulness e consciência psicológica, compreendendo como atenção flexível e presença experiencial ampliam liberdade comportamental e reduzem funcionamento automático dominado pela linguagem.

Por fim, o tema integra todos esses processos na compreensão do self como contexto, discutindo como a ACT diferencia identidade rígida e consciência observadora, permitindo ao indivíduo desenvolver uma relação mais ampla, flexível e menos fusionada com pensamentos, emoções e narrativas sobre si mesmo. Ao final deste tema, espera-se que você seja capaz de compreender a flexibilidade psicológica não apenas como um conceito clínico, mas como um modelo integrado de funcionamento humano capaz de orientar formulação de caso, intervenção terapêutica e desenvolvimento de processos de mudança psicológica sustentáveis.

FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA

Ao longo do desenvolvimento da ACT, um dos conceitos que gradualmente se tornou mais central foi o de **flexibilidade psicológica**. Em muitos sentidos, ela pode ser compreendida como o núcleo organizador de todo o modelo. Mais do que um processo isolado, a flexibilidade psicológica funciona como uma tentativa de construir uma compreensão unificada do funcionamento humano, integrando sofrimento, adaptação, consciência, linguagem e comportamento em um mesmo enquadre teórico.

A ACT parte da ideia de que o sofrimento psicológico não surge simplesmente pela presença de pensamentos difíceis, emoções dolorosas ou experiências internas desagradáveis. Essas experiências fazem parte inevitável da vida humana. O ponto central está na maneira como nos relacionamos com elas. A flexibilidade psicológica refere-se justamente à capacidade de responder às experiências internas e às demandas do ambiente de maneira mais aberta, consciente e orientada por valores, em vez de agir rigidamente sob controle automático de medo, esquiva ou linguagem fusionada.



O que NÃO é Flexibilidade Psicológica

Para evitar interpretações equivocadas em nível de pós-graduação, é preciso delimitar claramente as fronteiras do conceito:

- **Não é sinônimo de sentir-se bem o tempo todo:** A flexibilidade não tem relação com o hedonismo ou com o otimismo tóxico.
- **Não significa ausência de sintomas:** Uma pessoa psicologicamente flexível pode experimentar ansiedade intensa, tristeza profunda ou desesperança, e ainda assim manter a capacidade de agir de maneira coerente com aquilo que considera importante.

O foco não está na eliminação da dor, mas na ampliação da liberdade comportamental diante dela.

A Anatomia da Inflexibilidade Psicológica

Para compreender a flexibilidade psicológica, é igualmente importante compreender seu polo oposto: a **inflexibilidade psicológica**. A ACT propõe que grande parte do sofrimento humano está associada justamente ao desenvolvimento de padrões rígidos de resposta. O comportamento torna-se estreito, repetitivo e excessivamente governado pela tentativa de controlar experiências internas desagradáveis através de seis processos interligados:

1. **Evitação Experiencial:** A tentativa persistente de evitar, controlar ou modificar pensamentos, emoções, memórias e sensações internas consideradas desagradáveis. Surgem inicialmente como estratégias compreensíveis de autoproteção, mas o problema aparece quando passam a organizar rigidamente a vida da pessoa.
2. **Fusão Cognitiva:** Condição na qual pensamentos deixam de ser percebidos como eventos mentais transitórios e passam a ser experimentados literalmente como



verdades absolutas. A linguagem torna-se dominante sobre o comportamento, fazendo a pessoa responder às narrativas da mente e não ao contexto real.

3. **Atenção Inflexível (Afastamento do Presente):** O indivíduo permanece excessivamente preso ao passado — por meio de ruminação, culpa ou lembranças dolorosas — ou ao futuro — por meio de preocupação e medo. O contato direto com a experiência presente torna-se drasticamente reduzido.
4. **Self Conceitualizado (Apego à Identidade Rígida):** O desenvolvimento de uma identificação rígida com determinadas narrativas sobre si mesmo. A pessoa passa a definir-se completamente por descrições internas como “*sou ansioso*” ou “*sou incapaz*”, restringindo suas possibilidades de ação.
5. **Desconexão de Valores Pessoais:** O comportamento deixa de ser organizado por aquilo que realmente importa e passa a ser governado principalmente pela tentativa de reduzir o desconforto imediato. Relações importantes e projetos pessoais tornam-se secundários diante do esforço constante de evitar o sofrimento.
6. **Inação, Impulsividade ou Esquiva Persistente:** O fechamento do ciclo de inflexibilidade. Algumas pessoas tornam-se paralisadas, evitando desafios e situações emocionalmente difíceis, enquanto outras respondem impulsivamente para escapar do desconforto. Em ambos os casos, o repertório comportamental torna-se restrito.

Tríade da Flexibilidade: Estilos Aberto, Centrado e Engajado

A ACT organiza a flexibilidade psicológica justamente como uma alternativa a esse padrão de funcionamento rígido. Didaticamente, os seis processos pilares da flexibilidade (o oposto exato dos seis processos de inflexibilidade) podem ser agrupados em três grandes eixos ou estilos de funcionamento:

Estilo de Funcionamento	Processos Clínicos Envolvidos	Definição e Objetivo Clínico



1. Estilo Aberto	Aceitação e Desfusão	Transforma a maneira como o indivíduo se relaciona com seus próprios eventos internos. Envolve a disposição de permitir que as experiências internas existam sem lutar contra elas, percebendo pensamentos como eventos mentais transitórios e não como comandos absolutos.
2. Estilo Centrado	Momento Presente e Self como Contexto	Relaciona-se com a qualidade da consciência e da atenção. Envolve direcionar a atenção de maneira flexível às contingências atuais e desenvolver uma perspectiva observadora ampla, capaz de notar a experiência sem se confundir com o conteúdo mental.
3. Estilo Engajado	Valores e Ação Comprometida	Organiza o comportamento ao longo do tempo. Valores funcionam como direções escolhidas para a vida (qualidades de ação), enquanto a ação comprometida é a capacidade de agir de maneira consistente com essas direções, mesmo na presença de desconforto.

A Interconexão dos Processos na Prática Clínica

Esse modelo unificado é extremamente relevante na prática clínica porque o sofrimento intenso está associado justamente à incapacidade de diferenciar o “eu” das



experiências internas momentâneas. Quando alguém passa da fusão rígida de "eu sou fracassado" para a discriminação do self como contexto em "estou tendo pensamentos de fracasso", cria-se um espaço psicológico novo entre a consciência e o conteúdo mental. Isso aumenta a flexibilidade e reduz o controle automático da linguagem sobre o comportamento.

É vital compreender que os três estilos — aberto, centrado e engajado — não funcionam isoladamente; eles se influenciam mutuamente em uma dinâmica de rede.

A ACT entende que uma vida significativa inevitavelmente envolve desconforto. Amar envolve vulnerabilidade. Crescer envolve medo. Construir relações envolve risco de perda. Persistir em projetos importantes frequentemente envolve ansiedade, insegurança e frustração. O problema nunca é a presença dessas experiências, mas o quanto permitimos que elas determinem completamente nossas escolhas.

O estilo engajado procura justamente restaurar essa direção valorativa, ampliando a persistência flexível diante das dificuldades inevitáveis da vida. Uma postura marcada por abertura, consciência, coragem e disposição para viver de maneira coerente com aquilo que realmente importa.

Alerta Clínico: A Agenda do Controle

Muitos pacientes chegam à terapia profundamente envolvidos em uma luta contínua contra aquilo que sentem. Tentam controlar emoções, eliminar pensamentos negativos, evitar desconforto e “consertar” permanentemente a própria experiência interna, reforçando exatamente os processos que mantêm o sofrimento. A ACT não procura ensinar pessoas a controlar pensamentos e emoções, mas ajudá-las a abandonar a luta constante contra a própria mente e recuperar a liberdade para agir sob controle de reforçadores positivos, valores pessoais e contato vivo com o presente.

Resumo Fixação (Análise Rápida)



1. **O Núcleo da ACT:** A flexibilidade psicológica é a capacidade de agir de acordo com valores, estando consciente e aberto às experiências internas, mesmo as dolorosas.
2. **Inflexibilidade como Estreitamento:** Processos como fusão cognitiva e evitação experiencial funcionam em cadeia, diminuindo a sensibilidade do paciente ao ambiente real e encolhendo sua vida.
3. **Os Três Eixos:** O tratamento ACT opera integrando o estilo **Aberto** (aceitar e desfusionar), o estilo **Centrado** (presente e observador) e o estilo **Engajado** (valores e ações consistentes).

CONTROLE E ELIMINAÇÃO

Antes de aprofundarmos os processos específicos da flexibilidade psicológica, é fundamental retornar a um ponto muito mais básico e, ao mesmo tempo, extremamente importante dentro da psicoterapia: o momento em que alguém procura ajuda. A ACT parte da ideia de que a terapia não começa oferecendo técnicas ou tentando imediatamente reduzir sintomas. Ela começa tentando compreender como aquela pessoa tem tentado resolver o próprio sofrimento até aquele momento. Em muitos sentidos, o início do processo terapêutico envolve investigar o sistema de resolução de problemas que já está funcionando na vida do cliente.

Esse ponto é fundamental porque, na maior parte das vezes, o sofrimento não se organiza apenas pela presença de pensamentos difíceis, emoções dolorosas ou experiências traumáticas. Grande parte do sofrimento psicológico começa a se intensificar justamente pelas estratégias utilizadas para lidar com essas experiências. É por isso que a ACT frequentemente inicia o processo terapêutico com três perguntas aparentemente simples, mas extremamente profundas:

1. **O que você quer?**
2. **O que você já tentou?**
3. **Como isso funcionou?**



As Três Perguntas Ouro da Investigação Clínica

Essas perguntas possuem uma função clínica muito específica dentro do modelo baseado em processos:

- **“O que você quer?”**: Não estamos falando apenas de aliviar sintomas ou reduzir desconforto. O objetivo é compreender qual direção de vida a pessoa deseja construir. Muitas vezes, inicialmente o cliente responde algo como “quero parar de sentir ansiedade” ou “quero deixar de ficar triste”. Mas, quando aprofundamos essa investigação, frequentemente descobrimos desejos muito maiores: ter vínculos mais próximos, sentir-se presente na própria vida, construir relações significativas, desenvolver autonomia, trabalhar com propósito, viver com mais liberdade ou dignidade.
- **“O que você já tentou?”**: Ajuda a mapear o **repertório de controle** que organiza a vida daquela pessoa. Tentou evitar situações difíceis? Distrair-se constantemente? Trabalhar excessivamente? Procurar garantias? Controlar pensamentos? Isolar-se? Consumir substâncias? Monitorar emoções?
- **“Como isso funcionou?”**: Talvez seja a mais importante. Avalia a eficácia real da estratégia não apenas no curto prazo (alívio), mas ao longo do tempo (custos vitais).

Da Forma à Função: O Core da Análise Funcional

A ACT desloca continuamente o foco da **forma** para a **função**. Isso significa que não basta analisar se determinado comportamento parece saudável ou inadequado superficialmente. O ponto principal é compreender qual função esse comportamento exerce dentro do sistema psicológico da pessoa.

O Exemplo da Corrida Diária

Imagine alguém que começa a correr diariamente. Em princípio, exercício físico costuma ser associado a saúde, autocuidado e qualidade de vida (**Forma**). Entretanto, na ACT, precisamos investigar a **Função**:



- **Cenário A:** *A pessoa corre porque valoriza o cuidado com o corpo, saúde e vitalidade. (Ação Valorosa/Expansão).*
- **Cenário B:** *A pessoa corre exclusivamente para fugir da ansiedade crônica e silenciar a própria mente. (Esquiva Experiencial/Fuga).*

Dependendo da função, o mesmo comportamento pode operar como crescimento ou como aprisionamento psicológico.

O Paradigma Causal-Eliminativo e o Mundo Externo

Na cultura em que vivemos, fomos ensinados desde cedo que problemas são resolvidos identificando a causa e eliminando essa causa. Esse modelo funciona extremamente bem para muitos problemas externos do mundo físico.

- Se existe um vazamento, consertamos o encanamento.
- Se existe uma infecção bacteriana, utilizamos antibiótico.
- Se há fumaça em uma casa, procuramos extinguir o fogo.

O paradigma causal-eliminativo é extremamente eficiente para lidar com objetos externos e eventos concretos do ambiente. O problema começa quando aplicamos exatamente essa mesma lógica aos eventos privados. Pensamentos, emoções, memórias e sensações corporais não funcionam da mesma maneira que objetos físicos externos. Não são canos quebrados que podem simplesmente ser consertados ou eliminados. Entretanto, a tendência automática da mente humana é tratar experiências internas desagradáveis como problemas que precisam ser removidos.

Quando alguém sente ansiedade intensa, por exemplo, a reação imediata costuma ser tentar reduzir, controlar ou eliminar essa experiência. A pessoa evita situações, distrai-se, busca garantias, tenta parar de pensar, controla a respiração compulsivamente, consome substâncias ou organiza a vida inteira em torno da tentativa de não sentir aquilo novamente.

O Paradoxo da Esquiva Experiencial



Inversão de Lógica: Mundo Externo vs. Mundo Interno

A ACT propõe então uma diferenciação fundamental entre as regras que funcionam para o mundo externo e aquelas que funcionam para o mundo interno:

Regras do Mundo Externo (Ambiente Físico)	Regras do Mundo Interno (Experiência Psicológica)
Se você não gosta de algo, afaste-se ou elimine.	Quanto mais você tenta eliminar rigidamente, mais forte aquilo se torna.
Modificar ou consertar a estrutura produz eficácia.	Mudar o conteúdo expande o emaranhado verbal e o foco no problema.
O controle gera segurança e sobrevivência.	O controle gera hipervigilância, monitoramento e ansiedade secundária.

Dentro da experiência psicológica, o próprio esforço de controle mantém a experiência continuamente em foco. A mente passa a funcionar em vigilância constante: “*a ansiedade ainda está aqui?*”, “*o pensamento voltou?*”, “*estou melhor agora?*”. O evento privado torna-se o centro organizador da experiência.

Existe ainda um aspecto particularmente importante desse paradoxo: **a disposição experiencial não pode funcionar como estratégia secreta de eliminação.** Muitas pessoas inicialmente tentam “aceitar” emoções apenas para se livrar delas mais rápido. Mas, nesse caso, ainda continuam organizadas pela lógica do controle. Não existe verdadeira abertura para a experiência; existe apenas uma tentativa mais sofisticada de eliminação. E justamente por isso o sofrimento tende a retornar continuamente.



Na ACT, aceitação não significa gostar da dor ou desistir da mudança. Significa abandonar a luta impossível de controlar completamente a experiência interna humana. Significa reconhecer que pensamentos, emoções e sensações fazem parte inevitável da vida e que construir uma existência significativa talvez dependa menos de eliminar o sofrimento e mais de ampliar a capacidade de viver na presença dele. Isso produz uma mudança clínica extremamente profunda: o objetivo da terapia deixa de ser ajudar o cliente a nunca mais sentir ansiedade, tristeza ou medo. O foco passa a ser ajudá-lo a recuperar a liberdade comportamental, o contato com valores e a capacidade de construir uma vida maior do que os próprios esforços de controle.

Alerta Clínico: A Futilidade Criativa

*Essa investigação inicial prepara o terreno para o que chamamos na ACT de **Futilidade Criativa** (Creative Hopelessness). O objetivo não é deixar o paciente sem esperança na vida, mas sim gerar uma quebra de expectativa em relação à "agenda do controle". O terapeuta deve ajudar o paciente a discriminar que a estratégia de controle falhou. Não é que ele não tentou o suficiente; é que a ferramenta (controle) é incompatível com o mundo interno. A futilidade abre espaço para que algo genuinamente novo e criativo (a aceitação) possa emergir.*

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Foco Clínico Inicial:** Mapear o sistema de resolução de problemas e o repertório de controle que o paciente traz de fora.
2. **Análise Funcional:** Ignorar a forma superficial da ação e identificar para que serve o comportamento (Se é para expansão de valores ou esquiva emocional).
3. **Paradoxo do Controle:** No mundo interno, o esforço para suprimir pensamentos e sentimentos funciona como um holofote, mantendo-os ativos e no centro da atenção do paciente.



4. **Esquiva Experiencial:** Mecanismo mantido por reforçamento negativo (alívio rápido) que estreita gradativamente a vida, trocando valores de longo prazo pelo alívio imediato.

DESESPERANÇA CRIATIVA

Depois de compreendermos como o controle experiencial organiza grande parte do sofrimento humano, entramos em um dos processos mais importantes da ACT: a **desesperança criativa** (*creative hopelessness*). Esse conceito costuma causar estranhamento inicialmente, principalmente porque a palavra “desesperança” frequentemente é associada a pessimismo, desistência ou ausência completa de perspectiva.

Entretanto, dentro da ACT, a desesperança criativa possui um significado muito diferente. Ela não representa desesperança em relação à vida, à mudança ou à possibilidade de transformação psicológica. Representa, na verdade, a perda de esperança em um tipo específico de solução: **a tentativa rígida de controlar, eliminar ou evitar experiências internas humanas inevitáveis.**

A Diferença entre Compreensão Intelectual e Experiencial

A desesperança criativa surge quando o indivíduo começa a entrar em contato, de maneira mais profunda e experiencial, com a ineficácia do sistema de controle que vem organizando sua vida até aquele momento. Não se trata apenas de compreender intelectualmente que determinadas estratégias “não funcionam”. Muitas pessoas já sabem racionalmente que evitar emoções, controlar pensamentos ou fugir constantemente do desconforto não resolveu seus problemas. Ainda assim, continuam presas exatamente nesses padrões.

A ACT entende que mudanças importantes raramente acontecem apenas por compreensão conceitual. É necessário que exista contato direto com a experiência concreta produzida pelo próprio sistema de funcionamento.



Esse ponto é extremamente importante porque a desesperança criativa não funciona como confronto agressivo ou tentativa de convencer o cliente de que está errado. Não se trata de atacar estratégias desenvolvidas ao longo da vida. Pelo contrário. A ACT procura **validar profundamente esses esforços**. Faz sentido que alguém tente controlar a ansiedade, evitar a dor emocional ou proteger-se do sofrimento. Qualquer organismo humano diante de experiências aversivas tende naturalmente a buscar formas de redução de desconforto. O problema não está na intenção dessas estratégias, mas na função que passaram a exercer ao longo do tempo.

Muitas vezes, o cliente chega à terapia após anos tentando resolver o sofrimento por meio de controle interno. Tentou não pensar, não sentir, distrair-se, evitar situações, buscar garantias constantes, racionalizar emoções, anestesiar experiências, trabalhar excessivamente ou controlar rigidamente o ambiente. Frequentemente, essas estratégias produziram algum alívio imediato, reforçando continuamente seu uso. Entretanto, ao longo do tempo, a vida foi progressivamente se estreitando. Relações importantes tornaram-se difíceis. O contato com valores foi diminuindo. A espontaneidade desapareceu. O sofrimento continuou presente, mas agora acompanhado de uma vida muito menor.

O Mapeamento Funcional na Prática

A desesperança criativa começa justamente quando o cliente passa a observar esse processo de maneira mais clara. A ACT procura produzir um contato mais vivo com aquilo que realmente está acontecendo na prática da vida da pessoa. Por isso, o terapeuta frequentemente ajuda o cliente a explorar a seguinte linha de investigação funcional:

- **Estratégia:** O que você vem tentando fazer para não sentir isso?
- **Curto Prazo:** Como isso funcionou no curto prazo? (Busca pelo alívio).
- **Longo Prazo:** Como isso funcionou no longo prazo?
- **Custo Vital:** Sua vida ficou maior ou menor? Você se aproximou daquilo que valoriza ou foi se afastando progressivamente?

Essas perguntas não possuem objetivo moralizante. Não estamos julgando comportamentos como certos ou errados. Estamos investigando função e consequência.



Esse processo costuma ser delicado porque, muitas vezes, o cliente percebe que dedicou anos tentando resolver o sofrimento por meio de estratégias que acabaram produzindo ainda mais restrição. E é justamente aqui que o termo “desesperança” faz sentido. Surge uma espécie de colapso gradual da confiança absoluta no sistema antigo. A pessoa começa a perceber que talvez o problema não seja simplesmente falta de esforço ou incapacidade de controlar emoções de maneira suficientemente eficiente. Talvez o próprio projeto de controle total da experiência interna seja inviável.

A Centralidade da Validação Clínica

Esse momento de quebra pode ser profundamente transformador, mas também vulnerável. Por isso, a validação torna-se central. O terapeuta não responde com superioridade, ironia ou interpretações frias. Pelo contrário. A ACT procura reconhecer honestamente o sofrimento envolvido nesse processo. Em muitos momentos, pode ser apropriado o uso de intervenções validadoras:

- *"Faz sentido que você tenha tentado sobreviver dessa maneira."*
- *"Qualquer pessoa tentando sair dessa dor provavelmente faria o mesmo."*
- *"Você vem lutando há muito tempo com todas as suas forças."*

A ideia não é invalidar o esforço do cliente, mas ajudá-lo a perceber que **esforço e resultado não necessariamente coincidem**.

Ao mesmo tempo, a terapia também começa a apontar para um conflito importante entre aquilo que a mente promete e aquilo que a experiência concreta revela. A mente frequentemente oferece uma narrativa muito sedutora: “*se você conseguir controlar a ansiedade, então poderá viver*”, “*se eliminar os pensamentos negativos, ficará bem*”, “*se nunca mais sentir medo, então poderá agir*”. Entretanto, quando observamos a experiência real da vida, vemos exatamente o contrário. Quanto mais controle rígido, menor a vida se torna.

Este ponto é central dentro da ACT porque grande parte da rigidez psicológica está sustentada justamente pela crença de que a liberdade emocional depende primeiro da



eliminação completa do sofrimento interno. O indivíduo permanece esperando sentir-se completamente seguro para então viver. Espera a ansiedade desaparecer para se relacionar. Espera os pensamentos mudarem para agir. Espera a dor terminar para começar a vida. E, muitas vezes, a vida inteira vai sendo adiada. A desesperança criativa começa então a abrir espaço para outra possibilidade: **talvez o caminho não seja controlar perfeitamente a experiência interna antes de viver, mas aprender a viver mesmo na presença dela.**

Ferramenta Clínica: A Metáfora do Buraco e da Pá

Uma das metáforas mais conhecidas da ACT para trabalhar esse processo é a **Metáfora do Buraco:**

Imagine uma pessoa caminhando vendada por um campo e, em determinado momento, ela cai em um buraco profundo. Assustada, procura imediatamente uma solução. A única ferramenta que ela encontra ao tatear o chão é uma pá.

Naturalmente, seguindo o que parece lógico, ela começa a cavar para tentar sair. No entanto, quanto mais ela cava, mais fundo o buraco fica e mais presa ela se torna.

Análise Funcional da Metáfora:

- **A Pá:** Representa as ferramentas e estratégias de controle, supressão e eliminação de sintomas.
- **Cavar:** Representa insistir rigidamente nas mesmas soluções cotidianas (esquivar-se, isolar-se, anestesiarse) que vêm aprofundando o problema.
- **O Primeiro Passo:** O primeiro passo para sair do buraco não é cavar melhor. Não é usar a pá com mais força, mais disciplina ou mais inteligência. **O primeiro passo é largar a pá.**

Largar a pá não significa que a pessoa já sabe exatamente como sair dali. Significa apenas interromper o padrão automático que continua aprofundando o sofrimento. Este aspecto é extremamente importante porque a ACT não oferece inicialmente uma solução



mágica pronta. Muitas vezes, o primeiro movimento terapêutico é simplesmente interromper a guerra constante contra a própria experiência interna, criando espaço para que outras formas de responder possam começar a surgir.

Ao longo do processo terapêutico, essa metáfora costuma retornar repetidamente. O cliente aprende gradualmente a reconhecer quando voltou a cavar: quando entra novamente em luta rígida contra pensamentos, quando organiza toda a vida em torno da evitação emocional ou quando tenta desesperadamente controlar aquilo que talvez precise apenas ser vivido de maneira diferente.

O Paradoxo da Aceitação Manipulativa

Existe ainda um paradoxo muito importante nesse processo que o terapeuta precisa monitorar ativamente:

A Lógica do Controle Oculto	A Lógica da Abertura Genuína
O paciente tenta " aceitar " ou " abraçar " a emoção dolorosa com a intenção secreta de fazê-la ir embora mais rápido.	O paciente abre espaço para a dor porque reconhece que ela faz parte do caminho em direção aos seus valores.
O foco continua sendo a eliminação do sintoma , mudando apenas a roupagem técnica.	O foco está na disposição experiencial , permitindo que o sentimento fique ali o tempo que for necessário.



A ACT procura mostrar que a abertura experiencial não pode funcionar como uma manipulação secreta da própria mente. A verdadeira desesperança criativa envolve reconhecer profundamente que talvez não exista controle total possível sobre a experiência humana. Pensamentos continuarão surgindo. Emoções continuarão mudando. Medo, tristeza, insegurança e vulnerabilidade continuarão fazendo parte da vida. E justamente quando abandonamos a luta impossível de controlar completamente tudo aquilo que sentimos, começa a surgir espaço para a flexibilidade psicológica.

O início da mudança psicológica muitas vezes não ocorre quando finalmente descobrimos como vencer a própria mente, mas quando começamos a abandonar a guerra constante contra ela.

Alerta Clínico: Tolerando o Vazio da Transição

Quando o paciente larga a pá e interrompe a agenda do controle, ele entra em um território desconhecido e desconfortável. É comum que ele pergunte: "Ok, entendi que lutar não funciona, mas o que eu faço no lugar?". O terapeuta não deve se apressar em dar respostas ou técnicas substitutivas imediatamente. Esse espaço de "não-saber", gerado pela futilidade criativa, é o silêncio necessário para que o cliente discrimine o peso de sua história e sinta a necessidade de agir por valores, e não mais por mera fuga.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **O Alvo da Desesperança:** Perder a esperança na eficácia do controle emocional, e não na vida ou na terapia.
2. **Contato Experiencial:** Confrontar o paciente com a realidade dos dados de sua própria vida (curto prazo vs. longo prazo), em vez de debater teorias.
3. **Largar a Pá:** Interromper os comportamentos automáticos de esquivas antes mesmo de tentar construir novas soluções.



4. **Armadilha do Controle Oculto:** Identificar e intervir quando o paciente tenta usar ferramentas contextuais (como aceitação ou mindfulness) com a função disfarçada de diminuir o mal-estar.

CONTATO COM O MOMENTO PRESENTE

Dentro das terapias contextuais, o *mindfulness* não aparece como um recurso periférico ou complementar. Ele atravessa praticamente toda a estrutura do modelo de flexibilidade psicológica e influencia diretamente processos como aceitação, desfusão cognitiva, self como contexto, valores e ação comprometida. Ainda assim, dentro desse conjunto mais amplo, existe um processo específico relacionado ao **contato com o momento presente**, com funções clínicas próprias e extremamente importantes para a prática therapeutic.

Antes de aprofundarmos esse processo, porém, é importante esclarecer um ponto fundamental. Na ACT, o *mindfulness* não é apresentado como uma técnica criada para “consertar” estados emocionais, eliminar ansiedade ou controlar pensamentos desagradáveis.

O Risco do Mindfulness como Esquiva Experiencial

Quando o *mindfulness* é utilizado apenas como ferramenta para apagar o desconforto psicológico, ele facilmente se transforma em mais uma estratégia sofisticada de controle experiencial. A lógica continua sendo a mesma: “*vou praticar isso para não sentir aquilo*”. Nesse caso, a própria prática passa a funcionar dentro do mesmo sistema rígido de eliminação da experiência interna.

A proposta da ACT é diferente. O *mindfulness* é compreendido muito mais como uma **forma de relação com a experiência** do que como uma técnica pontual de regulação emocional. Trata-se do desenvolvimento de uma postura mais aberta, consciente e flexível diante daquilo que está acontecendo no presente. Isso implica compreendê-lo como prática



contínua, hábito atencional e qualidade de presença, e não apenas como exercício emergencial para reduzir o sofrimento.

Essa diferença é extremamente importante na clínica. A maneira como o terapeuta introduz o *mindfulness* influencia diretamente sua função psicológica:

- **Se introduzido como sedativo:** A prática corre o risco de ser incorporada ao próprio sistema de esquiva experiencial.
- **Se introduzido como treino de presença:** Abre-se espaço para uma relação diferente com pensamentos, emoções e sensações internas.

Por isso, muitas vezes o terapeuta convida o cliente inicialmente para pequenas experiências de observação, não como solução imediata para um problema específico, mas como oportunidade de entrar em contato com a própria experiência de maneira mais direta. Também é importante retirar a ideia de desempenho perfeito. Não existe “fazer *mindfulness* corretamente” no sentido rígido e avaliativo que muitas pessoas imaginam. O objetivo não é atingir um estado especial da mente, esvaziar pensamentos ou alcançar tranquilidade constante. O foco está em desenvolver uma consciência flexível sobre aquilo que já está acontecendo.

Ademais, a ACT enfatiza fortemente a necessidade de adaptações contextuais e culturais. A linguagem, os exemplos e as metáforas precisam fazer sentido dentro do repertório da pessoa atendida. A prática não deve funcionar como imposição rígida de um formato específico, mas como ampliação gradual da capacidade de presença psicológica.

O Presente como o Único Lugar de Aprendizagem

A partir desse enquadre, podemos compreender o contato com o momento presente como um dos processos centrais da flexibilidade psicológica. Na ACT, esse processo refere-se à capacidade de direcionar a atenção de maneira consciente, aberta e flexível para a experiência que está ocorrendo agora. Não se trata de relaxamento, distração ou supressão de



pensamentos. Trata-se de desenvolver maior contato direto com a experiência em vez de permanecer continuamente capturado por narrativas automáticas da mente.

Isso ocorre porque, do ponto de vista da ACT, o presente é o único lugar onde a vida efetivamente acontece. A aprendizagem psicológica só pode ocorrer no momento presente, porque é apenas nele que as experiências são realmente vividas. Podemos lembrar do passado e imaginar o futuro, mas ambos são organizados por processos simbólicos e construções verbais. A experiência concreta — sensações corporais, emoções emergindo, sons, imagens, contato interpessoal — ocorre sempre agora. É apenas no presente que o comportamento pode ser observado, flexibilizado e transformado.

Isso não significa que a ACT rejeite o passado ou o futuro. Ambos possuem funções adaptativas fundamentais. A memória organiza a continuidade da identidade e permite a aprendizagem. O planejamento futuro auxilia na sobrevivência, antecipação de riscos e construção de objetivos. O problema surge quando essas construções simbólicas passam a capturar completamente a atenção, afastando o indivíduo do contato direto com a experiência viva do presente.

Clinicamente, isso aparece continuamente. Muitos clientes chegam profundamente presos a rumações sobre erros passados ou preocupações antecipatórias sobre aquilo que pode acontecer no futuro. Falam longamente sobre arrependimentos, catástrofes imaginadas, cenários possíveis ou análises intermináveis sobre si mesmos. Entretanto, muitas vezes apresentam enorme dificuldade de perceber aquilo que está acontecendo no próprio corpo durante a sessão, notar emoções emergindo no momento ou simplesmente permanecer em contato com a experiência atual sem imediatamente transformá-la em narrativa.

O objetivo terapêutico não é silenciar pensamentos ou impedir construções verbais. A ACT não propõe uma guerra contra a linguagem. O foco está em cultivar uma atenção mais flexível, permitindo que a pessoa observe pensamentos e emoções sem ser completamente absorvida por eles. Isso amplia a sensibilidade às contingências presentes e aumenta a liberdade comportamental.



As Dimensões do Funcionamento Atencional

Quando falamos sobre processos relacionados ao momento presente, estamos falando também sobre o funcionamento da atenção. A atenção não é um processo único e simples; ela envolve diferentes capacidades psicológicas:

1. **Foco Atencional:** A habilidade de sustentar a atenção em determinado estímulo de maneira relativamente estável.
2. **Amplitude Atencional:** Relacionada à capacidade de ampliar o campo perceptivo e notar múltiplos aspectos da experiência.
3. **Flexibilidade Atencional:** A capacidade de deslocar a atenção deliberadamente quando necessário.

Essas habilidades possuem enorme relevância clínica. Muitas vezes, o sofrimento psicológico envolve um estreitamento progressivo do campo atencional. A pessoa torna-se rigidamente capturada por determinados pensamentos, emoções ou ameaças percebidas. Quanto maior a fusão cognitiva e a evitação experiencial, mais estreita tende a se tornar a atenção.

Dentro da ACT, o *mindfulness* pode ocorrer em práticas formais estruturadas, mas também em atividades extremamente simples do cotidiano. O ponto central não é o formato específico da prática, mas a qualidade da relação estabelecida com a experiência. *Mindfulness* pode surgir durante uma caminhada, em uma conversa, ao notar a respiração ou simplesmente ao observar sons e sensações presentes no ambiente. Seu papel clínico central é criar espaço psicológico — um espaço no qual pensamentos, emoções e sensações possam existir sem dominar completamente o comportamento. Quanto maior esse espaço, maior a possibilidade de escolha flexível diante da experiência.

Os Dois Modos de Funcionamento Mental

Nesse contexto, alguns autores descrevem dois grandes modos de funcionamento psicológico:



Modo Solução de Problemas (Analítico)	Modo Experiencial (Presença)
Função: Analisa, avalia, compara, planeja, organiza e tenta resolver dificuldades.	Função: Entra em contato direto com a experiência tal como ela se apresenta no agora.
Exemplo: Planejar tarefas, resolver problemas matemáticos, organizar rotinas.	Exemplo: Observar um pôr do sol ou sentir o vento no rosto sem analisar ou julgar.
Disfunção: Quando tudo vira problema a ser corrigido e a vida passa apenas por filtros rígidos.	Disfunção: Déficits atencionais ou incapacidade de planejar o futuro de forma organizada.

O problema clínico não está na existência do modo solução de problemas, mas no fato de muitas pessoas permanecerem quase constantemente presas exclusivamente nele. Tudo vira problema a ser corrigido. Tudo é analisado, julgado e monitorado. Até momentos potencialmente prazerosos passam a ser avaliados continuamente. A vida deixa de ser vivida diretamente e passa a ser observada apenas através de filtros analíticos rígidos.

A terapia procura então ajudar o cliente a recuperar a capacidade de presença experiencial. Não para abandonar o planejamento ou o raciocínio, mas para flexibilizar o domínio absoluto do modo analítico sobre toda a experiência humana.

Dentro desse processo, existem duas formas principais de dificuldade relacionadas ao momento presente:



- **Déficits Atencionais:** Habilidade prejudicada por fatores desenvolvimentais, ambientais ou neuropsicológicos (onde treinos estruturados da atenção são úteis).
- **Rigidez Atencional:** A pessoa possui a capacidade biológica adequada, mas sua atenção permanece rigidamente capturada por narrativas mentais, ruminações e preocupações. O problema é o aprisionamento da atenção pelo conteúdo das redes relacionais.

Na prática clínica, o terapeuta frequentemente trabalha isso dentro da própria sessão. Desacelerar o ritmo da conversa pode ser extremamente útil quando o cliente entra em fluxos automáticos de preocupação ou generalização. Perguntas simples como “*o que você está percebendo agora?*” ou “*onde sente isso no corpo?*” ajudam a deslocar a atenção da narrativa abstrata para a experiência presente concreta. Pequenas pausas também podem favorecer maior contato experiencial.

Além disso, a própria postura do terapeuta possui enorme importância. Em muitos sentidos, o contato com o momento presente não é apenas uma intervenção aplicada ao cliente. É uma qualidade de presença sustentada dentro da relação terapêutica. Um terapeuta excessivamente acelerado, fusionado ou desconectado do presente dificilmente conseguirá modelar a flexibilidade atencional no processo clínico.

Contato com o momento presente não significa escapar da realidade interna, mas entrar em contato mais direto com ela. Não significa parar de pensar, mas reduzir o domínio automático da linguagem sobre a experiência viva. E é justamente nesse espaço de presença que começa a surgir maior liberdade psicológica, maior consciência e maior capacidade de responder à vida de maneira flexível e orientada por valores.

Alerta Clínico: Mindfulness não é Sedativo

Um erro comum em psicoterapeutas iniciantes é aplicar o mindfulness com a função oculta de acalmar o paciente ou fazê-lo parar de chorar. Se você usar a atenção plena para reduzir o sintoma, estará operando no modelo de controle (esquiva experiencial). O papel do mindfulness na ACT é aumentar o espaço de



consciência para que o paciente consiga discriminar o que sente, permitindo a abertura necessária para a ação valorosa.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Mindfulness Funcional:** Na ACT, estar presente serve para expandir a consciência e criar espaço psicológico, nunca para anestésiar ou reduzir sintomas diretamente.
2. **Modo Experiencial vs. Solução:** Flexibilizar o hábito atencional do paciente, retirando-o do modo "corrigir defeitos" e inserindo-o na observação direta do agora.
3. **Rigidez Atencional:** O aprisionamento da consciência em conteúdos e preocupações verbais, reduzindo a sensibilidade às contingências do ambiente real.

SELF COMO CONTEXTO

Antes de aprofundarmos diretamente os conceitos relacionados ao *self* na ACT, é importante compreender como esse tema aparece dentro do modelo mais amplo da flexibilidade psicológica. Quando desenvolvemos processos centrais do hexaflex — especialmente contato com o momento presente, aceitação e defusão cognitiva — também começamos gradualmente a transformar a maneira como nos relacionamos com nossa própria experiência psicológica.

Práticas contemplativas e intervenções baseadas em *mindfulness* mostram de maneira consistente que, à medida que aprendemos a sustentar a atenção no presente, ocorre também uma mudança na perspectiva a partir da qual observamos pensamentos, emoções e narrativas internas. Em vez de permanecermos completamente imersos dentro dos conteúdos da mente, começamos pouco a pouco a ocupar uma posição mais observadora diante da experiência.

O "Suicídio Conceitual" e a Identidade Rígida



Esse deslocamento é extremamente importante na ACT porque o processo terapêutico frequentemente envolve a aproximação de experiências psicológicas difíceis: medo, vergonha, dor emocional, insegurança, culpa ou sofrimento existencial. A ACT frequentemente convida o cliente justamente a entrar em contato com conteúdos que normalmente tenta evitar. Entretanto, aproximar-se dessas experiências pode parecer extremamente ameaçador quando a pessoa acredita que será completamente destruída ou definida por aquilo que sente.

Por isso, ao mesmo tempo em que a ACT convida o indivíduo a abrir espaço para experiências difíceis, também procura ajudá-lo a entrar em contato com um senso mais amplo de *self* — uma perspectiva que não esteja rigidamente ameaçada pelos conteúdos psicológicos transitórios da experiência. Alguns autores da ACT utilizam inclusive expressões bastante fortes para descrever esse processo, como a ideia de “**suicídio conceitual**”, referindo-se à possibilidade de abandonar identidades rígidas e narrativas fixas sobre quem acreditamos ser.

Isso não significa a destruição da identidade no sentido patológico. O que está sendo questionado é a fusão rígida com histórias fixas sobre o *self*. Grande parte do sofrimento humano envolve justamente o apego excessivo a narrativas cristalizadas sobre quem somos. A ACT procura ampliar o espaço psicológico para que possamos perceber essas histórias sem precisar viver completamente aprisionados dentro delas.

O Self Conceitual e a Armadilha das Narrativas Positivas

Dentro desse contexto, um dos primeiros conceitos importantes é o de **self conceitual** (ou *Self-as-content*). O *self* conceitual refere-se ao conjunto de descrições, histórias, crenças e avaliações construídas sobre nossa própria identidade ao longo da vida. Essas narrativas incluem formulações como:

- “*Sou ansioso*”
- “*Sou fracassado*”
- “*Sou fraco*”



- “*Sou inteligente*”
- “*Sou inadequado*”
- “*Sou alguém difícil de amar*”
- “*Sou uma pessoa extremamente controladora*”

Essas narrativas não surgem do nada. Elas são construídas continuamente por meio da linguagem, das relações sociais e das experiências vividas ao longo do desenvolvimento. Além disso, cumprem funções importantes: ajudam a organizar a continuidade da identidade, facilitam a previsibilidade social e permitem alguma estabilidade na compreensão de si mesmo. O problema, dentro da ACT, não está simplesmente na existência dessas histórias, mas na rigidez da relação estabelecida com elas.

Quando nos fusionamos completamente com determinadas narrativas identitárias, começamos a agir como se elas fossem descrições literais e definitivas da realidade. O pensamento deixa de ser percebido como pensamento e passa a funcionar como verdade absoluta sobre quem somos. Isso reduz enormemente a flexibilidade comportamental.

- **A Ilusão das Histórias Positivas:** *É importante perceber que não são apenas as narrativas negativas que podem gerar rigidez psicológica. Narrativas aparentemente positivas também podem restringir o contato com a experiência. Uma pessoa profundamente identificada com a ideia de “sou sempre compreensivo e equilibrado”, por exemplo, pode desenvolver enorme dificuldade de reconhecer uma raiva legítima, frustração ou a necessidade de estabelecer limites. A própria identidade positiva passa então a funcionar rigidamente, limitando o repertório emocional e comportamental.*

Nesse sentido, o *self* conceitual funciona muitas vezes como um sistema rígido de categorias através do qual interpretamos continuamente a própria experiência. Em vez de entrar em contato direto com aquilo que está acontecendo no presente, passamos a filtrar tudo através de narrativas previamente estabelecidas sobre quem acreditamos ser.



Distinção Fundamental: Self Conceitual vs. Self como Contexto

É justamente nesse ponto que a ACT uma distinção fundamental entre o *self* conceitual e aquilo que chama de **self como contexto** (*Self-as-context*).

O *self* como contexto não é um conteúdo psicológico específico. Não é um pensamento, uma emoção, uma memória ou uma narrativa sobre identidade. Refere-se muito mais à **perspectiva a partir da qual toda experiência é observada**.

Pensamentos surgem continuamente. Emoções aparecem e desaparecem. Sensações corporais mudam. Memórias vêm e vão. Histórias sobre identidade transformam-se ao longo da vida. Entretanto, existe também um lugar de observação a partir do qual todos esses eventos podem ser percebidos. Esse ponto de perspectiva não é equivalente ao conteúdo da experiência. É o espaço psicológico dentro do qual a experiência acontece.

Essa distinção permite uma relação muito mais flexível com os eventos privados. Se pensamentos e emoções são percebidos apenas como conteúdos transitórios surgindo dentro da experiência, torna-se possível observá-los sem precisar ser completamente definido por eles. Ao longo da vida, praticamente tudo muda (opiniões, emoções, memórias, relações e narrativas pessoais). Entretanto, existe também uma continuidade subjetiva da consciência — um senso de perspectiva contínua a partir do qual percebemos todas essas transformações. A ACT procura justamente fortalecer o contato com essa dimensão observadora da experiência.

A Base na RFT: Relações Dêiticas e Tomada de Perspectiva

Dentro da *Relational Frame Theory* (RFT), esse processo está relacionado às chamadas **relações dêiticas**. Essas relações organizam distinções fundamentais através de eixos espaciais e temporais controlados pelo ponto de vista do sujeito:

- **Eu / Você** (Perspectiva pessoal)
- **Aqui / Ali** (Perspectiva espacial)
- **Agora / Depois** (Perspectiva temporal)



Elas permitem o desenvolvimento da capacidade humana de tomada de perspectiva. Quando aprendemos a distinguir “eu” de “você”, por exemplo, começamos também a construir uma posição relativamente estável de observação da experiência. Na ACT, essas relações tornam-se clinicamente muito importantes porque ajudam o cliente a perceber que pensamentos e emoções são eventos observáveis, e não definições absolutas da própria identidade. Isso amplia a flexibilidade psicológica e reduz a fusão cognitiva.

Na prática clínica, diferentes intervenções podem favorecer esse contato com o *self* como contexto. Exercícios de tomada de perspectiva frequentemente convidam o cliente a observar experiências difíceis a partir de diferentes posições. O terapeuta pode perguntar, por exemplo:

- *Como alguém sábio enxergaria determinada situação?*
- *Como você mesmo talvez olhe para isso daqui a dez anos?*
- *Como seria aproximar-se da própria experiência com uma postura mais compassiva?*

Essas intervenções trabalham diretamente com a flexibilidade das relações dêiticas e ajudam o indivíduo a experimentar diferentes formas de observar a própria experiência. O objetivo não é construir uma nova narrativa perfeita sobre o *self*, mas ampliar o espaço psicológico diante das narrativas existentes.

Outro aspecto importante é que, quando o cliente começa a entrar em contato com essa dimensão observadora, frequentemente tenta imediatamente transformá-la em um novo conceito rígido. Por exemplo, alguém pode dizer: “*meu problema é que não consigo tomar perspectiva das coisas*”. Nesse momento, a ACT frequentemente procura redirecionar a atenção do conteúdo da narrativa para o próprio processo de observação. Uma pergunta simples como “*e quem está percebendo isso agora?*” ajuda a deslocar o foco da descrição conceitual para a experiência direta de consciência. Isso ocorre porque o *self* como contexto não pode ser totalmente reduzido à linguagem; ele é a própria perspectiva a partir da qual os conteúdos da experiência são percebidos.

Ferramenta Clínica: A Metáfora do Tabuleiro de Xadrez



Uma das metáforas mais conhecidas da ACT para ilustrar essa diferença é a **Metáfora do Tabuleiro de Xadrez**:

Imagine um tabuleiro onde diversas peças estão constantemente em conflito. Algumas peças parecem positivas — alegria, esperança, confiança, amor. Outras parecem negativas — medo, ansiedade, tristeza, culpa, vergonha. Frequentemente vivemos como se fôssemos uma dessas peças, tentando desesperadamente fazer as “peças boas” vencerem as “peças ruins”. Tentamos eliminar a ansiedade, controlar a tristeza e derrotar pensamentos dolorosos.

*Entretanto, a ACT propõe uma mudança radical de perspectiva: **e se você não fosse nenhuma das peças? E se você fosse o próprio tabuleiro?***

O tabuleiro permanece presente independentemente das peças que aparecem sobre ele. As peças entram em conflito, mudam de posição, desaparecem e retornam continuamente. Mas o tabuleiro continua ali, sustentando todo o jogo sem precisar lutar contra nenhuma peça específica.

Na metáfora da ACT, pensamentos são peças. Emoções são peças. Memórias são peças. Mas o **self como contexto é o tabuleiro**. E quando o cliente começa gradualmente a entrar em contato com essa perspectiva, algo extremamente importante pode acontecer: ele percebe que talvez não seja necessário vencer completamente a batalha interna para poder viver.

As peças podem continuar existindo. A ansiedade pode surgir. A tristeza pode aparecer. O medo pode permanecer presente. E ainda assim existe um espaço psicológico maior dentro do qual toda essa experiência pode ser observada sem definir completamente a identidade da pessoa. O sofrimento psicológico frequentemente se intensifica quando acreditamos que somos apenas uma das peças do jogo. A flexibilidade começa a surgir quando entramos em contato com a possibilidade de sermos também o espaço que contém toda a experiência humana sem precisar ser reduzido completamente a nenhum conteúdo específico dela.



⚠ **Alerta Clínico: O Self como Contexto não é Sentimento**

É comum que terapeutas tentem fazer o paciente "sentir" o Self como Contexto. Lembre-se de que ele não é um sentimento ou uma emoção que se possa evocar sob demanda; ele é um insight de perspectiva. É uma discriminação puramente funcional obtida por meio de enquadramentos dêiticos (Eu noto meus pensamentos aqui e agora). Não busque um estado místico na sessão; busque apenas fazer o paciente notar que há uma diferença clara entre a história contada pela mente e a consciência que percebe essa história.

📌 **Resumo Fixação (Análise Rápida)**

1. **Self Conceitual:** A colagem identitária de histórias que contamos sobre nós mesmos, que quando enrijecida atua limitando as ações e escolhas. Funciona tanto com narrativas negativas quanto com rótulos teoricamente positivos.
2. **Self como Contexto (O Tabuleiro):** O espaço estável e seguro de pura consciência onde todos os pensamentos e dores (as peças) acontecem, sem que o indivíduo seja destruído por eles.
3. **Relações Dêiticas:** Base teórica na RFT (Eu-Você, Aqui-Ali, Agora-Depois) que serve para construir o repertório clínico de tomada de perspectiva espacial e temporal.

Referências

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.

Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. In 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: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 243–255.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848.

Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Oakland: New Harbinger.

Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). 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.

Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2013). *Mindfulness and psychotherapy* (2nd 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, 35*(4), 639–665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). *Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition*. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*(1–2), 1–16.

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

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. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.



Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). Oakland: New Harbinger.

McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770.

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance and Commitment Therapy in treating depression*. Oakland: New Harbinger.





TEMA 3

PROCESSOS DE MUDANÇA E DIREÇÃO DE VIDA

“O sofrimento psicológico não vem apenas da dor que sentimos, mas da forma como nos relacionamos com essa dor.” — Steven C. Hayes

Ao longo deste tema, você será convidado a aprofundar a compreensão dos principais processos clínicos de mudança dentro da Terapia de Aceitação e Compromisso. Depois de explorarmos os fundamentos filosóficos da ACT e compreendermos os processos relacionados à flexibilidade psicológica, avançaremos agora para aquilo que constitui o núcleo experiencial da prática clínica: a forma como pensamentos, emoções, valores e comportamento se organizam diretamente na vida cotidiana das pessoas.

Inicialmente, serão explorados os processos relacionados à desfusão cognitiva, compreendendo como a linguagem humana pode capturar rigidamente o comportamento e como a ACT procura transformar a relação estabelecida com pensamentos, memórias e narrativas internas. Em seguida, avançaremos para a diferenciação entre sofrimento primário e sofrimento secundário, analisando como grande parte do sofrimento psicológico é amplificado pela luta constante contra experiências internas inevitáveis.

Na sequência, o tema aprofunda o processo de aceitação psicológica, discutindo como abertura experiencial, disposição e abandono da esQUIVA podem ampliar liberdade comportamental mesmo diante de emoções difíceis. Posteriormente, serão trabalhados os conceitos de valores e direção de vida, compreendendo como a ACT diferencia metas, objetivos e valores pessoais, organizando o comportamento a partir da construção de uma vida significativa e coerente com aquilo que realmente importa para o indivíduo.



Por fim, o tema integra todos esses processos na compreensão da ação comprometida, discutindo como mudanças psicológicas sustentáveis dependem não apenas de insight ou compreensão conceitual, mas do desenvolvimento gradual de repertórios comportamentais orientados por valores, mesmo na presença inevitável de desconforto emocional. Ao final deste tema, espera-se que você seja capaz de compreender os principais processos terapêuticos da ACT de maneira integrada, funcional e aplicada à prática clínica contemporânea.

DEFUSÃO COGNITIVA

Quando começamos a estudar a ACT, um dos primeiros aspectos que chama atenção é a maneira como essa abordagem compreende os pensamentos humanos. Diferente de modelos terapêuticos que concentram grande parte do trabalho clínico na modificação do conteúdo cognitivo (como a reestruturação da terapia cognitiva tradicional), a ACT está muito mais interessada na **relação** que a pessoa estabelece com aquilo que pensa.

Isso representa uma mudança importante na forma de compreender o sofrimento psicológico. O foco deixa de estar exclusivamente na pergunta “*esse pensamento é verdadeiro ou falso?*” e passa a incluir outra pergunta talvez ainda mais importante: “**como esse pensamento está funcionando na vida dessa pessoa?**”.

O Mecanismo da Fusão Cognitiva

Essa mudança ocorre porque, muitas vezes, o problema não está exatamente na existência do pensamento em si, mas no grau de colagem existente entre a pessoa e o conteúdo mental produzido pela própria mente. Na ACT, chamamos esse processo de **fusão cognitiva**.

Quando ocorre a fusão cognitiva, os pensamentos deixam de ser percebidos apenas como eventos psicológicos transitórios e passam a ser vividos como:

- Verdades absolutas;



- Descrições literais da realidade;
- Comandos que precisam necessariamente ser obedecidos.

Por exemplo, alguém pode ter o pensamento “*eu sou incapaz*”. Em um contexto de maior flexibilidade psicológica, esse pensamento pode ser percebido apenas como uma frase produzida pela mente — uma experiência verbal entre muitas outras possíveis. Entretanto, quando existe fusão cognitiva intensa, o pensamento deixa de ser apenas uma frase e passa a organizar completamente a experiência da pessoa. Emoções, comportamentos, escolhas e percepções começam então a ser rigidamente influenciados por esse conteúdo mental.

Na prática, **a pessoa deixa de observar o pensamento e começa a olhar o mundo através dele**. Isso acontece de maneira extremamente automática. A mente humana funciona continuamente produzindo interpretações, previsões, julgamentos, comparações e avaliações sobre praticamente tudo o que vivemos. Em muitos sentidos, essa capacidade verbal é profundamente adaptativa, pois permite o planejamento, a organização social, a antecipação de riscos e a construção de identidade. Entretanto, o problema surge quando a linguagem se torna tão dominante que perdemos a flexibilidade diante da própria experiência.

Nessas condições, o comportamento deixa de ser guiado principalmente pelo contato direto com o contexto presente e passa a ser governado pelas histórias construídas pela mente sobre aquilo que está acontecendo. A pessoa responde muito mais às narrativas internas do que à experiência concreta.

- **O Pensamento de Rejeição:** Pode gerar afastamento social antes mesmo que qualquer rejeição real tenha ocorrido no ambiente.
- **O Pensamento Autocrítico:** Pode bloquear ações importantes independentemente das contingências reais e das oportunidades presentes.

A Virada Paradigmática da Desfusão Cognitiva

É justamente nesse ponto que surge a **desfusão cognitiva**. A desfusão não significa eliminar pensamentos, bloquear a mente ou substituir conteúdos negativos por pensamentos positivos. O objetivo da ACT não é controlar rigidamente aquilo que a mente produz. A



proposta é diferente: **modificar a relação estabelecida com os pensamentos para reduzir o domínio automático que exercem sobre o comportamento.**

Na ACT, partimos do princípio de que pensamentos são eventos psicológicos. Eles surgem, mudam, desaparecem e retornam continuamente. Não precisam necessariamente ser obedecidos, combatidos ou tratados como verdades absolutas. Embora isso pareça simples conceitualmente, clinicamente trata-se de uma mudança extremamente profunda. Muitas pessoas vivem como se cada pensamento representasse um fato objetivo sobre si mesmas, sobre os outros ou sobre o futuro.

Funcionamento em Fusão Cognitiva	Funcionamento em Desfusão Cognitiva
O pensamento é a Realidade Literal ("Eu sou um fracasso").	O pensamento é um Evento Mental ("Estou tendo o pensamento de que sou um fracasso").
O pensamento funciona como um Comando Absoluto ("Não consigo lidar com a ansiedade, preciso fugir").	O pensamento funciona como uma História da Mente ("Minha mente está me dizendo que não vou conseguir").
Olhar o mundo através do pensamento (Filtro rígido).	Olhar para o pensamento (Perspectiva observadora).

A desfusão procura criar um pequeno espaço entre a pessoa e o pensamento. Um espaço de observação. Pode parecer uma mudança pequena de linguagem, mas ela altera profundamente a experiência de si. O pensamento deixa de ocupar automaticamente o lugar de realidade absoluta e passa a ser percebido como parte do fluxo mental humano. O



conteúdo permanece exatamente o mesmo; **o que muda é sua função psicológica.** Um pensamento pode continuar existindo, mas exercer muito menos controle rígido sobre o comportamento, a emoção e a identidade.

Estratégias e Metáforas Clínicas de Desfusão

Na prática clínica, diferentes estratégias podem favorecer esse processo de desfusão. Algumas intervenções utilizam a repetição contínua de palavras até que percam temporariamente sua função literal (*redução do significado por saciação*). Outras trabalham com mudança de tom de voz (falar o pensamento de forma lenta, cantada ou engraçada), metáforas, observação consciente do fluxo mental ou exercícios experienciais de perspectiva.

O objetivo nunca é distrair a pessoa dos pensamentos, mas ajudá-la a perceber pensamentos apenas como pensamentos. A ACT utiliza frequentemente metáforas estruturadas para facilitar esse deslocamento:

A Metáfora das Folhas no Rio

Nela, os pensamentos são imaginados como folhas flutuando sobre a água de um rio, aparecendo e desaparecendo continuamente enquanto a pessoa permanece na margem observando o fluxo. O objetivo não é acelerar o rio, pescar as folhas ou impedir o surgimento delas, mas sim desenvolver uma relação menos fusionada com aquilo que emerge na tela mental.

A Metáfora dos Passageiros do Ônibus

Nesta imagem, os pensamentos difíceis e autocríticos funcionam como passageiros barulhentos e assustadores tentando controlar a direção do veículo. Muitos motoristas (pacientes) passam a vida inteira parando o ônibus e tentando expulsar ou brigar com esses passageiros desagradáveis antes de continuar viagem. A ACT propõe outra possibilidade: manter as mãos no timão e continuar conduzindo o ônibus na direção escolhida (valores), mesmo com os passageiros difíceis gritando lá atrás.



Isso ajuda a compreender um ponto central da ACT: a desfusão cognitiva **não busca o silêncio mental**. A mente humana continuará produzindo conteúdos continuamente. A ACT não entende isso como um problema em si. O sofrimento psicológico costuma surgir muito mais da relação rígida estabelecida com esses conteúdos do que da simples presença deles.

A mente humana não é tratada como inimiga dentro da ACT. A abordagem não propõe uma luta contra os pensamentos. Pelo contrário. A mente está constantemente tentando prever riscos, organizar experiências, evitar a dor e aumentar a segurança do indivíduo. Em muitos sentidos, ela está tentando proteger o organismo. O problema surge quando esses processos passam a dominar completamente as ações e afastam o indivíduo do contato direto com o presente, com os próprios valores e com as experiências significativas da vida.

A desfusão cognitiva procura justamente restaurar a liberdade psicológica. Não eliminando as produções mentais, mas reduzindo sua dominância automática sobre o comportamento humano. O indivíduo aprende gradualmente que pode continuar sentindo medo e ainda assim agir; pode ter pensamentos autocríticos sem precisar obedecê-los literalmente; e pode experimentar insegurança e ainda assim caminhar em direção ao que importa.

Alerta Clínico: A Armadilha da Distração

Monitore se as técnicas de desfusão não estão sendo usadas pelo paciente como ferramentas de distração ou supressão. Se o paciente usa o exercício de repetir a palavra ou a metáfora das folhas no rio com a função oculta de "fazer o pensamento ruim ir embora", ele está transformando a desfusão em uma estratégia de esquiva experiencial. A função correta da desfusão é permitir que o pensamento fique ali, despido de sua tirania literal, enquanto o paciente retoma o controle de suas ações.

Resumo Fixação (Análise Rápida)



1. **Foco na Função:** A ACT não altera a validade lógica ou o conteúdo do pensamento, mas sim o impacto funcional e o controle que ele exerce sobre as ações do paciente.
2. **Fusão Cognitiva:** O hábito automático de tomar narrativas mentais como fatos literais e imutáveis, olhando para o mundo através desse filtro.
3. **Desfusão como Espaço:** Criar uma distância saudável entre o observador e o conteúdo observado, permitindo notar o pensamento apenas como um evento verbal transitório.
4. **Liberdade Psicológica:** A capacidade de agir de forma valorosa na presença de pensamentos e autocríticas difíceis, sem a necessidade de silenciar a mente primeiro.

SOFRIMENTO PRIMÁRIO E SOFRIMENTO SECUNDÁRIO

Quando falamos sobre sofrimento dentro da ACT, uma das distinções mais importantes é a diferença entre **sofrimento primário** e **sofrimento secundário**. Compreender essa diferença muda profundamente a forma como enxergamos a experiência humana, o sofrimento psicológico e até mesmo o próprio objetivo da psicoterapia.

Grande parte das pessoas chega à terapia acreditando que saúde mental significa ausência de dor emocional. A expectativa implícita costuma ser: *“quando eu melhorar, deixarei de sentir medo, tristeza, insegurança ou ansiedade”*. A ACT propõe uma visão bastante diferente desse cenário.

Sufrimento Primário: A Dor Inevitável da Existência

O **sofrimento primário** refere-se justamente à dor inevitável da existência humana. Perdas, medo, tristeza, frustração, rejeição, insegurança, vulnerabilidade e luto fazem parte da condição de estar vivo. Em algum momento, todas as pessoas inevitavelmente entrarão em contato com experiências difíceis. Não existe vida completamente livre de dor emocional. Uma das propostas centrais da ACT é reconhecer profundamente essa realidade, em vez de sustentar a fantasia de que o sofrimento pode ser totalmente eliminado.



Isso representa uma mudança importante em relação à maneira como muitas pessoas aprendem a se relacionar com emoções difíceis. Culturalmente, frequentemente somos ensinados a interpretar o sofrimento como sinal de fracasso pessoal, fraqueza ou defeito psicológico. Emoções desagradáveis passam então a ser tratadas como problemas que precisam ser removidos o mais rapidamente possível.

Entretanto, dentro da ACT, a dor emocional não é compreendida como evidência de patologia. Muitas vezes, ela é apenas a expressão natural e saudável da experiência humana:

- Amar alguém implica a possibilidade de perda.
- Construir vínculos envolve vulnerabilidade.
- Crescer exige enfrentar o medo e a incerteza.
- Assumir projetos importantes frequentemente envolve ansiedade e frustração.

Quanto mais profundamente alguém se envolve com a própria vida, maior tende a ser também a exposição inevitável à dor emocional. O sofrimento primário surge desse contato límpido com a realidade da existência.

Sofrimento Secundário: A Amplificação pela Luta

A ACT propõe que existe uma segunda camada de sofrimento que muitas vezes acaba se tornando ainda mais intensa, incapacitante e crônica do que a própria dor inicial. É o que chamamos de **sofrimento secundário**.

O sofrimento secundário não surge diretamente da experiência dolorosa original, mas da **forma como a pessoa reage à própria dor**. Ele nasce da luta contínua para evitar, controlar, negar ou eliminar experiências internas difíceis.

O Exemplo da Ansiedade Amplificada

Sentir ansiedade diante de uma situação importante (entrevista, transição de carreira) é um sofrimento primário, natural. No entanto, quando a pessoa começa a lutar desesperadamente contra essa sensação, sente vergonha dela ou



organiza toda a vida para nunca mais senti-la, o sofrimento secundário é ativado.

A experiência emocional inicial deixa de ser apenas ansiedade: surge o medo da ansiedade, a vergonha de ser ansioso, o monitoramento constante do próprio batimento cardíaco e a esquiva progressiva de novos desafios.

A dor original passa a ser envelopada por uma imensa camada de sofrimento construída pela relação rígida estabelecida com a própria mente. A tentativa incessante de não sentir dor cria uma estrutura muito maior de rigidez psicológica.

A Dinâmica de Estreitamento da Vida

Inicialmente, muitas dessas estratégias de controle produzem alívio imediato (reforçamento negativo). Quando alguém evita uma situação ameaçadora ou se afasta de contextos difíceis, experimenta uma sensação momentânea de segurança. O problema é que, ao longo do tempo, quanto mais a vida gira em torno da tentativa de evitar o sofrimento, menor ela vai ficando.

O repertório comportamental começa progressivamente a se reduzir. Situações importantes deixam de ser enfrentadas. Relações tornam-se restritas. Experiências potencialmente significativas são abandonadas. A pessoa passa a viver de maneira defensiva, organizada principalmente pela tentativa de não sofrer.

Nesse ponto, o problema principal já não é mais a dor inicial. O sofrimento passa a ser mantido pela rigidez psicológica construída em torno da tentativa de controlar essa dor:

- Não é apenas o **medo** que produz sofrimento, mas toda a vida organizada para nunca mais sentir medo.
- Não é apenas a **tristeza** que aprisiona, mas o esforço contínuo para eliminar qualquer possibilidade de tristeza.

Implicações Clínicas: Mudar o Objetivo da Terapia



A ACT não propõe isso de maneira simplista ou invalidante. O objetivo não é dizer que a dor “não importa” ou que as pessoas deveriam simplesmente aceitar o sofrimento passivamente. A abordagem reconhece a intensidade e a legitimidade da dor humana. O ponto central é perceber que a guerra contra a experiência interna é o verdadeiro motor da patologia.

Modelo Tradicional de Sintoma	Modelo Transdiagnóstico da ACT
O objetivo clínico é a eliminação do sofrimento primário (reduzir a ansiedade/tristeza a zero).	O objetivo clínico é a desativação do sofrimento secundário (cessar a luta contra a ansiedade/tristeza).
Saúde mental é definida como a ausência de emoções difíceis.	Saúde mental é definida como a flexibilidade na presença de emoções difíceis.

Quando a pessoa começa gradualmente a abandonar essa guerra contínua contra a própria experiência interna, algo muda. Não necessariamente porque a dor desaparece imediatamente, mas porque ela **deixa de ocupar todo o espaço da vida**. Emoções difíceis podem continuar existindo sem definir completamente as escolhas, os comportamentos e a direção existencial do paciente.

Isso abre espaço para uma relação em que o medo pode estar presente sem impedir a ação; a tristeza pode existir sem destruir o significado da vida; e a ansiedade pode surgir sem obrigar imediatamente a fuga ou a esquiva. Na prática clínica, mapear o sofrimento primário e o secundário ajuda o terapeuta a compreender aquilo que realmente está mantendo o paciente travado.



⚠ **Alerta Clínico: O Paciente Frustrado com a Dor**

É comum que pacientes com oscilações normais de humor cheguem à sessão dizendo: "A terapia falhou, voltei a sentir aquela angústia essa semana". Se o terapeuta se desesperar e tentar aplicar uma técnica para aliviar a angústia, ele valida a lógica do paciente de que sentir dor é um erro. O papel do terapeuta aqui é discriminar os níveis: "A angústia que você sentiu com a notícia é a dor real da vida (primária). Mas repare no que você fez em seguida: se isolou, se criticou por estar assim e faltou ao compromisso. Essa segunda parte é o sofrimento secundário. É nele que vamos trabalhar."

📌 **Resumo Fixação (Análise Rápida)**

1. **Sufrimento Primário:** A cota de dor inerente à existência e às coisas que importam para nós (luto, medo, vulnerabilidade). É limpo e inevitável.
2. **Sufrimento Secundário:** O "lixo" psicológico gerado pela tentativa de esquiva, controle e supressão da dor primária. É o verdadeiro alvo da intervenção clínica em ACT.
3. **Mecanismo de Manutenção:** O que cronifica os transtornos não é a intensidade do afeto negativo inicial, mas o estreitamento do repertório comportamental que o paciente adota para tentar fugir dele.

ACEITAÇÃO

Depois de compreendermos a diferença entre sofrimento primário e sofrimento secundário, começamos a entrar em um dos conceitos mais centrais — e também mais mal compreendidos — da ACT: a **aceitação**. Quando muitas pessoas escutam essa palavra pela primeira vez dentro do contexto clínico, costumam interpretá-la como sinônimo de desistência, conformismo ou passividade. Surge frequentemente a ideia de que aceitar significaria simplesmente “aguentar” o sofrimento sem fazer nada, abandonar mudanças importantes ou resignar-se diante da dor.



Entretanto, dentro da ACT, a aceitação possui um significado profundamente diferente. Ela não significa gostar da dor, concordar com o sofrimento ou deixar de agir diante dos problemas da vida. Também não significa tornar-se passivo diante de situações abusivas, injustas ou destrutivas. A ACT não propõe submissão psicológica. O que a abordagem procura desenvolver é outra coisa: **a abertura para experiências internas que já estão presentes.** ---

Aceitação como Espaço Psicológico vs. Controle Rígido

Em termos processuais, a aceitação refere-se à capacidade de criar espaço psicológico para pensamentos, emoções e sensações internas sem precisar organizar toda a vida em torno da tentativa de eliminá-los imediatamente.

Essa diferença é extremamente importante porque muitas pessoas passam anos tentando controlar rigidamente aquilo que sentem. Tentam eliminar a ansiedade, apagar pensamentos difíceis, impedir a tristeza, evitar o medo ou controlar a vulnerabilidade emocional. Grande parte da energia psíquica passa então a ser investida nessa guerra contínua contra a própria experiência interna.

O problema é que, na maior parte das vezes, essa luta constante acaba produzindo ainda mais sofrimento. Quanto mais rígida se torna a tentativa de evitar determinadas experiências internas, mais limitada tende a ficar a vida da pessoa. O comportamento passa progressivamente a ser organizado pela evitação do desconforto, e não pelos próprios valores ou pela construção de uma vida significativa.

Na prática clínica, isso aparece continuamente:

- Pessoas deixam de iniciar relacionamentos para não correr o risco de rejeição.
- Evitam exposições importantes porque não querem sentir ansiedade.
- Abandonam projetos profissionais por medo de fracassar.
- Isolam-se para não entrar em contato com a insegurança, a vergonha ou a vulnerabilidade emocional.



Aos poucos, a vida vai se estreitando em torno da tentativa de evitar o sofrimento. Inicialmente, essas estratégias costumam produzir alívio imediato. Quando alguém evita uma situação ameaçadora, sente uma redução temporária do desconforto. Esse alívio funciona como reforçamento negativo e fortalece ainda mais os comportamentos de esquiva. Entretanto, ao longo do tempo, o custo psicológico desse funcionamento torna-se enorme. O indivíduo pode até sofrer menos momentaneamente, mas também passa a viver menos.

A Mudança no Eixo da Experiência

É justamente aqui que a ACT propõe uma mudança profunda de direção. Em vez de organizar toda a existência em torno da pergunta “*como faço para nunca mais sentir isso?*”, a terapia começa gradualmente a introduzir outra possibilidade:

“Como posso continuar vivendo uma vida significativa mesmo na presença dessa experiência?”

Essa mudança altera completamente o eixo organizador da experiência psicológica. O foco deixa de ser o controle absoluto da experiência interna e passa a ser a abertura para viver de maneira mais flexível, consciente e alinhada com aquilo que realmente importa. A pessoa começa então a perceber que talvez não precise esperar o desaparecimento completo da ansiedade, da tristeza ou do medo para voltar a agir em direção à própria vida.

Aceitação não significa ausência de sofrimento. Pelo contrário. Muitas vezes, aceitar envolve justamente permitir o contato com emoções difíceis que estavam sendo evitadas há muito tempo. Em alguns casos, quando a evitação começa a diminuir, o sofrimento inicialmente pode até tornar-se mais consciente. Emoções antes anestesiadas ou rigidamente controladas passam a emergir com maior clareza.

Por isso, a aceitação exige **coragem psicológica**. Permanecer conscientemente em contato com experiências difíceis costuma ser muito mais desafiador do que fugir delas automaticamente. A mente humana frequentemente busca caminhos rápidos de alívio. A ACT convida o indivíduo justamente a desenvolver outra relação com esse impulso automático de fuga.



O Conceito de Disposição Psicológica

Nesse contexto, a aceitação está profundamente ligada ao conceito de **disposição psicológica** (*willingness*). Disposição significa a abertura para sentir aquilo que já está presente enquanto continuamos avançando em direção ao que valorizamos. Não se trata de procurar o sofrimento deliberadamente, mas de reconhecer que experiências internas difíceis fazem parte inevitável de uma vida humana significativa.

A disposição psicológica pode ser compreendida como a capacidade de permanecer presente diante do desconforto sem precisar interromper imediatamente a própria vida para eliminá-lo. Isso modifica profundamente a lógica do funcionamento clínico:

Lógica Baseada na Esquiva Experiencial	Lógica Baseada na Disposição Psicológica
<i>"Primeiro preciso parar de sentir essa ansiedade terrível para, então, conseguir viver."</i>	<i>"Posso notar a presença dessa ansiedade e, ainda assim, continuar agindo na direção que importa."</i>
A vida fica em modo de espera (<i>standby</i>) até que a tela mental esteja limpa.	A vida acontece em tempo real, contendo a dor inerente aos processos de crescimento.

Esse processo não acontece de maneira automática; a aceitação é construída gradualmente dentro da experiência terapêutica. Muitas vezes, o terapeuta ajuda o cliente a perceber os custos produzidos pela luta constante contra a própria mente através de uma investigação compassiva:



- Quanto tempo e energia foram investidos tentando controlar emoções?
- Quanto da vida foi abandonado por medo do sofrimento?
- Quantas escolhas passaram a ser organizadas pela tentativa de evitar o desconforto?

A Libertação da Energia Psíquica e a Mudança Externa

Essas perguntas não possuem objetivo acusatório. O terapeuta não está dizendo que o cliente “escolheu sofrer”. Pelo contrário. A ACT procura validar profundamente esses esforços de proteção. Faz sentido que alguém tente evitar a dor emocional. Qualquer organismo humano tende naturalmente a fugir de experiências aversivas. O ponto central é perceber quando essa tentativa de autoproteção começa a produzir uma restrição progressiva da própria vida.

Quando a luta interna começa gradualmente a diminuir, algo importante costuma acontecer. A energia psíquica que antes estava sendo utilizada quase exclusivamente para o controle e a esquiva torna-se novamente disponível para outras áreas da vida. O indivíduo pode então voltar a aproximar-se de relações importantes, projetos pessoais, experiências significativas e direções valorativas que haviam sido abandonadas pelo medo da dor emocional.

Este é um dos aspectos mais fundamentais da aceitação na ACT: **ela não busca reduzir a vida para diminuir o sofrimento. Pelo contrário. Procura ampliar a vida mesmo na presença inevitável do sofrimento.** O objetivo não é tornar a pessoa emocionalmente anestesiada, mas psicologicamente mais livre.

Também é importante reforçar novamente que aceitação **não significa abandonar mudanças externas necessárias.** A ACT não propõe que alguém permaneça passivamente em situações abusivas, violentas ou destrutivas. Existem muitos aspectos da realidade externa que podem e devem ser modificados ativamente. O ponto central está na relação com aquilo que não pode ser completamente controlado internamente — pensamentos, emoções, memórias e vulnerabilidades humanas inevitáveis.



Na prática clínica, essa mudança produz um espaço muito mais flexível para a intervenção. O cliente deixa gradualmente de estar completamente aprisionado na lógica de eliminar sintomas a qualquer custo e começa a construir uma relação diferente com a própria experiência interna. Isso amplia as possibilidades de ação, fortalece a conexão com os valores e reduz o domínio automático exercido pela esquiva experiencial.

Alerta Clínico: Aceitação não é Barganha

Fique atento ao paciente que diz: "Doutor, eu aceitei a minha tristeza durante toda a semana, mas ela não passou. O que estou fazendo de errado?". Essa fala denuncia que a "aceitação" foi usada apenas como uma técnica de controle disfarçada (uma barganha com a mente). Se o paciente aceita para a dor sumir, a função do comportamento ainda é a esquiva. O terapeuta deve intervir esclarecendo que o sucesso da aceitação é medido pela capacidade de agir na vida com a dor presente, e não pelo desaparecimento do afeto negativo.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **O que é Aceitação:** Abertura ativa e sem julgamentos para pensamentos e emoções que já estão presentes no momento, desarmando o mecanismo de esquiva.
2. **O que NÃO é:** Conformismo, passividade externa ou submissão a contextos destrutivos ou abusivos.
3. **Disposição Psicológica:** A capacidade funcional de carregar o desconforto interno como um custo natural e inevitável de se caminhar na direção de uma vida valorosa.
4. **Objetivo Clínico:** Abandonar a guerra contra a própria mente para liberar energia psíquica direcionada à expansão de ações comprometidas.



VALORES

Depois de trabalharmos processos como desfusão cognitiva, sofrimento, aceitação e contato com a experiência interna, a ACT começa gradualmente a direcionar o olhar para uma pergunta fundamental: **se a pessoa deixar de organizar toda a vida apenas em torno da evitação da dor, em direção a quê ela deseja caminhar?** É justamente nesse ponto que entramos no trabalho com **valores**. Dentro da ACT, os valores funcionam como direções de vida. Eles ajudam a orientar escolhas, comportamentos e ações que dão sentido à experiência humana.

Distinção Crucial: Valores vs. Metas e Objetivos

Para compreender os valores na ACT, é importante desfazer alguns equívocos muito comuns. Valores não são metas específicas, objetivos concretos ou estados emocionais permanentes.

- **Objetivos e Metas:** Possuem começo, meio e fim. Podem ser concluídos, checados e finalizados.
- **Valores:** Funcionam como direções contínuas de existência. São qualidades de ação que nunca se esgotam e que podem ser cultivadas continuamente ao longo da vida.

Exemplo de Contexto	Objetivo / Meta (Tem Fim)	Valor Subjacente (Direção Contínua)
Acadêmico/Profissional	Concluir uma graduação ou obter um diploma.	Aprendizado, crescimento, curiosidade intelectual e desenvolvimento pessoal.



Relacional	Casar-se ou iniciar um namoro.	Conexão, intimidade, cuidado mútuo e amor.
-------------------	--------------------------------	--

Essa distinção é extremamente importante porque muitas pessoas passam anos perseguindo objetivos sem necessariamente desenvolver uma direção existencial mais ampla. Alcançam metas importantes e, ainda assim, permanecem profundamente desconectadas de sentido, vitalidade e presença. A ACT procura justamente ampliar essa dimensão mais profunda de direção de vida.

Rompendo a Lógica Defensiva

Os valores possuem uma função clínica extremamente importante dentro da ACT porque ajudam a pessoa a sair de uma **lógica puramente defensiva**. Quando alguém vive exclusivamente tentando evitar o sofrimento, grande parte da existência passa a ser organizada por medo, controle e esquiva. A vida começa gradualmente a girar apenas em torno da sobrevivência psicológica.

Nesse funcionamento defensivo, as perguntas centrais costumam ser: *“como faço para sofrer menos?”*, *“como elimino a ansiedade?”*, *“como evito o desconforto?”*, *“como controlo meus pensamentos?”*. Aos poucos, o foco deixa de ser a construção de vida e passa a ser apenas a redução de ameaças internas.

O problema é que, embora essa lógica possa produzir algum alívio imediato, ela frequentemente conduz a um empobrecimento progressivo da experiência humana. Repertórios comportamentais tornam-se restritos e a vida passa a ser organizada não pelo que importa, mas pela tentativa contínua de não sofrer.

É justamente aqui que o trabalho com valores começa a produzir uma mudança importante. A pergunta terapêutica deixa gradualmente de ser apenas *“como sofrer menos?”* e passa também a incluir:



“Que tipo de vida vale a pena construir?”

Essa mudança altera profundamente a lógica da intervenção clínica. Os valores funcionam como uma espécie de **bússola psicológica** capaz de orientar o comportamento mesmo em contextos de intenso desconforto emocional. Isso é extremamente importante porque, dentro da ACT, uma vida significativa não é entendida como uma vida sem dor. Pelo contrário. Muitas vezes, agir em direção ao que realmente importa envolve medo, insegurança, ansiedade e vulnerabilidade.

Direção na Presença do Desconforto

Os valores não eliminam o desconforto emocional; o que eles fazem é oferecer direção mesmo na presença desse desconforto.

- Alguém pode valorizar profundamente a **conexão afetiva** e, ainda assim, sentir ansiedade intensa diante de relacionamentos.
- Outra pessoa pode valorizar a **autenticidade**, mas experimentar o medo do julgamento social.
- Alguém pode valorizar o **crescimento profissional** e, ao mesmo tempo, sentir insegurança diante de novos desafios.

O foco deixa de ser apenas a redução de sintomas e passa a incluir a construção de vida, o engajamento existencial e a aproximação gradual daquilo que realmente importa para o indivíduo.

Além disso, na ACT, os valores **não são impostos pelo terapeuta**. O processo terapêutico não consiste em dizer ao cliente o que deveria importar para ele. Valores precisam ser escolhidos livremente e descobertos pela própria pessoa a partir daquilo que genuinamente faz sentido dentro da sua experiência de vida. O foco está em ajudar o indivíduo a entrar em contato com aquilo que deseja cultivar autenticamente na própria existência por meio de perguntas norteadoras:

- *Que tipo de pessoa você gostaria de ser em seus relacionamentos?*



- *O que deseja cultivar na forma como trata as pessoas?*
- *Que qualidades de presença gostaria de desenvolver?*
- *O que realmente importa para você além da tentativa de não sofrer?*

A Autonomia Diante dos Estados Emocionais

Valores aparecem muito mais em pequenas ações cotidianas do que em grandes declarações abstratas: uma conversa honesta, um gesto de cuidado, um movimento de aproximação. Outro ponto extremamente importante é que os valores **não dependem de motivação constante ou conforto emocional**. Muitas pessoas acreditam que precisam primeiro sentir-se confiantes, motivadas ou livres de ansiedade para agir em direção ao que valorizam. A ACT propõe justamente o contrário. A ação valorativa frequentemente acontece na presença de medo, insegurança e desconforto.

Isso significa que alguém pode agir em direção ao amor mesmo sentindo vulnerabilidade. O comportamento deixa de depender exclusivamente dos estados emocionais momentâneos. Em vez de esperar o desaparecimento completo do desconforto para viver, o indivíduo começa gradualmente a aprender que é possível construir uma vida significativa mesmo na presença inevitável da dor humana.

Na prática clínica, isso amplia enormemente a flexibilidade psicológica. O cliente deixa de responder apenas reativamente às próprias emoções e começa a organizar o comportamento também em função daquilo que considera importante. O sofrimento deixa de ser o único centro organizador da experiência humana. Valores não são estáticos ou definitivos; eles podem se transformar ao longo da vida, amadurecer e reorganizar-se conforme novas experiências surgem. O objetivo da ACT é ajudar a pessoa a manter o contato contínuo com direções de vida que façam sentido genuíno.

 **Alerta Clínico: Valores vs. Cobranças Sociais**



Fique muito atento em sessão para não confundir valores autênticos com regras internalizadas (plices sociais). Quando o paciente diz que valoriza "ter sucesso na carreira", investigue funcionalmente: ele busca isso porque a atividade traz vitalidade e sentido (valor), ou porque tem medo de desapontar a família e ser julgado pela sociedade (regra)? Valores são direções escolhidas livremente e trazem vitalidade; regras geram sensação de peso, obrigação e rigidez.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Definição de Valores:** Direções de vida contínuas e qualidades de ação escolhidas livremente que orientam o comportamento do paciente, funcionando como uma bússola.
2. **Diferença de Metas:** Metas são pontos de chegada que podem ser concluídos (ex: comprar uma casa); valores são horizontes infinitos (ex: ser um pai cuidadoso).
3. **Função Clínica:** Mudar o foco do paciente da "agenda defensiva" (reduzir a dor a qualquer custo) para a "agenda construtiva" (expandir a vida na presença da dor).
4. **Independência Emocional:** Ação valorosa não exige o fim do medo ou o surgimento da motivação; ela é uma escolha feita *apesar* do desconforto interno.

AÇÃO COMPROMISSADA

Ao longo dos últimos capítulos, fomos construindo diferentes elementos centrais da ACT. Falamos sobre fusão cognitiva, sofrimento, aceitação, contato com a experiência interna e valores. E, de certa forma, todos esses processos apontam gradualmente para uma pergunta fundamental: **como transformar tudo isso em mudança concreta na vida?** É justamente nesse ponto que entramos na **ação comprometida** (*committed action*). Dentro da ACT, a mudança psicológica não acontece apenas no nível da compreensão intelectual ou do *insight* de consultório. Ela precisa aparecer também no comportamento, nas escolhas e na direção prática que a pessoa constrói no cotidiano.



Ação Alinhada vs. Mera Produtividade

A ação comprometida está diretamente ligada aos valores. Não se trata simplesmente de “agir mais”, tornar-se mais produtivo ou aumentar o desempenho comportamental. A proposta é diferente: a ação comprometida refere-se à **capacidade de agir de maneira alinhada com aquilo que realmente importa para o indivíduo**. O foco não está na quantidade de ação, mas na direção existencial.

Essa distinção é extremamente importante porque muitas pessoas passam anos extremamente ocupadas, produtivas e ativas, mas profundamente desconectadas de sentido. A ACT não busca apenas o aumento quantitativo de comportamento; busca a aproximação progressiva entre o comportamento real e os valores pessoais.

Na prática clínica, isso possui enorme relevância. Muitas vezes, alguém consegue compreender perfeitamente os conceitos discutidos em terapia. Consegue identificar padrões de esquiva, reconhecer pensamentos fusionados e até entrar em contato com aquilo que valoriza profundamente. Entretanto, apesar desse *insight*, continua paralisado no nível comportamental. A vida prática permanece restrita.

A ACT entende que o *insight* isolado raramente produz transformação sustentada. A mudança psicológica envolve necessariamente a **construção de novos repertórios comportamentais**. Por isso, a ação comprometida representa o movimento de transformar direção em prática concreta, intenção em comportamento e valores em experiências vividas.

A Independência dos Estados Internos

Isso significa também que a ação **não depende da eliminação prévia do sofrimento interno**. Muitas pessoas acreditam que precisam primeiro sentir-se completamente prontas para então agir. Esperam a ansiedade desaparecer, o medo diminuir ou a autoconfiança finalmente surgir para só depois retomarem relações, projetos ou experiências importantes.

Entretanto, na prática, a vida humana raramente funciona dessa maneira. Emoções difíceis fazem parte inevitável da experiência. Se alguém esperar a ausência completa de medo,



insegurança ou desconforto para viver, frequentemente permanecerá paralisado por longos períodos.

A ACT propõe outra lógica: desenvolver flexibilidade suficiente para agir **mesmo quando experiências internas difíceis continuam presentes**.

- *A Lógica Inflexível: Estado Emocional Positivo (Confiança) —> Ação*
- *A Lógica da ACT: Presença de Desconforto (Medo) + Conexão com Valor —> Ação Flexível*

Ação comprometida não significa ausência de sofrimento. Significa a capacidade crescente de continuar movendo-se em direção ao que importa *apesar* da presença inevitável do sofrimento humano.

O Início Microcomportamental e a Persistência Flexível

Na prática clínica, esse processo frequentemente começa de maneira muito pequena e localizada:

- Retomar uma conversa evitada há meses;
- Aproximar-se novamente de alguém importante;
- Fazer uma atividade significativa abandonada há muito tempo;
- Dar pequenos passos em direção a projetos pessoais;
- Permanecer presente em situações que antes eram automaticamente evitadas.

Esses movimentos podem parecer simples externamente, mas muitas vezes possuem enorme significado psicológico. Para alguém profundamente organizado pela esquia experiencial, pequenas aproximações já representam mudanças importantes na relação estabelecida com o medo, a vulnerabilidade e o desconforto emocional.

Ademais, a ACT não trabalha com uma lógica rígida de perfeição comportamental. O foco não está em um desempenho impecável ou na ausência total de recaídas. **O critério central é a direção**. O terapeuta procura observar se o comportamento está se aproximando ou se afastando daquilo que a pessoa valoriza. Isso reduz significativamente os padrões



perfeccionistas extremamente comuns na clínica, que fazem as pessoas abandonarem mudanças importantes por interpretarem oscilações como fracasso absoluto.

Motivação Mutável vs. Valores Estáveis

Nesse sentido, compromisso não significa rigidez. A ação comprometida exige adaptação contínua, sensibilidade ao contexto e capacidade de ajustar o comportamento conforme as contingências da vida vão mudando. Persistir não significa repetir mecanicamente as mesmas ações; significa manter a direção valorativa mesmo quando ajustes se tornam necessários.

A ACT trabalha com a ideia de **persistência flexível** em vez de focar em uma motivação intensa, uma vez que a motivação varia continuamente de acordo com o estado do organismo e do ambiente:

Propriedades da Motivação (Flutuante)	Propriedades dos Valores (Estáveis)
Varia dia a dia dependendo do cansaço, humor e humor.	Permanece como um norte fixo e independente do afeto.
Se o comportamento depende dela, as ações tornam-se instáveis.	Permite a escolha de pequenos movimentos mesmo em dias difíceis.
Busca o alívio ou o ganho imediato de bem-estar.	Foca na construção de sentido e significado de longo prazo.



Os valores oferecem uma direção mais estável do que o humor momentâneo. Isso não elimina o sofrimento, mas reduz o risco de que toda a vida passe a ser organizada exclusivamente pelas oscilações emocionais do momento.

O Retorno aos Reforçadores Naturais da Vida

Outro aspecto crucial da ação comprometida é sua relação com a ampliação do repertório comportamental. Quanto mais alguém vive tentando evitar o sofrimento, menor tende a se tornar sua vida prática. A ação comprometida procura justamente interromper esse estreitamento progressivo da existência.

Conforme novos comportamentos começam gradualmente a surgir, ocorre uma mudança profunda na própria experiência subjetiva do paciente. O indivíduo volta a entrar em contato com os **reforçadores positivos naturais da vida**:

- *Vínculos genuínos e intimidade;*
- *Presença ativa e pertencimento;*
- *Realização pessoal e aprendizado;*
- *Criatividade e construção de sentido.*

A vida deixa de ser apenas um sistema defensivo de autoproteção emocional. É importante perceber que a ação comprometida não é simplesmente “forçar-se” rigidamente a agir. A ACT não trabalha com uma lógica coercitiva de produtividade. O processo terapêutico envolve continuamente abertura, flexibilidade, autocompaixão e sensibilidade ao ritmo real da pessoa. O objetivo é ampliar a liberdade comportamental diante da experiência interna.

A mudança psicológica não acontece apenas dentro da mente. Ela se consolida quando novos comportamentos começam gradualmente a ser construídos na prática da vida cotidiana, mesmo na presença de medo, desconforto e incerteza. A ação comprometida representa a disposição de continuar caminhando em direção ao que importa, mesmo quando a experiência interna não está completamente sob controle.



Alerta Clínico: Alvos Comportamentais Excessivos

Um erro clássico na fase de Ação Comprometida é o terapeuta traçar, junto com o paciente, metas comportamentais grandes ou difíceis demais para o momento. Se o paciente está em severa esquiva, pedir que ele faça um movimento complexo logo de início gerará fusão com a incapacidade e reforçará a paralisação. Use a técnica de divisão de metas: quebre a ação valorosa na menor unidade possível que o paciente consiga executar na próxima semana, garantindo que ele entre em contato com o reforço natural do comportamento.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **O que é Ação Comprometida:** O processo do Hexaflex focado em construir repertórios comportamentais consistentes e flexíveis, alinhados diretamente com os valores escolhidos.
2. **Independência do Insight:** Compreender o problema intelectualmente não muda a vida; a mudança real exige a alteração topográfica e funcional das ações no cotidiano.
3. **Persistência Flexível:** Agir em direção ao valor mesmo na ausência de motivação ou na presença ativa de afetos negativos como medo e ansiedade.
4. **Reforçamento Natural:** Romper o ciclo de isolamento e esquiva (reforço negativo) para expor o paciente novamente às consequências punitivas e gratificantes do ambiente real.

Referências

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEnteggart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for understanding the dynamics of language and cognition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 434–445.



Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in Acceptance and Commitment Therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555–576.

Dahl, J., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.

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

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.

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., 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., 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. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.

Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 109–157.



Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). Oakland: New Harbinger.

Moran, D. J. (2015). *The mindfulness and acceptance workbook for self-esteem*. Oakland: New Harbinger.

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. Oakland: New Harbinger.

Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors*. Oakland: New Harbinger.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770.

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.

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

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using Acceptance and Commitment Therapy in treating depression*. Oakland: New Harbinger.





TEMA 4

ANÁLISE DE CASO, AVALIAÇÃO, PESQUISA E PSICOPATOLOGIA

“O objetivo da terapia não é fazer a dor desaparecer, mas ajudar a pessoa a construir uma vida que valha a pena ser vivida mesmo na presença dela.” —

Steven C. Hayes

Ao longo deste tema, você será convidado a integrar os principais fundamentos teóricos e processos clínicos da ACT em uma perspectiva mais diretamente aplicada à prática psicoterapêutica. Depois de compreendermos as bases filosóficas da abordagem, os processos da flexibilidade psicológica e os mecanismos centrais de mudança, avançaremos agora para o desenvolvimento do raciocínio clínico, das estratégias terapêuticas e da aplicação prática da ACT em diferentes contextos de intervenção.

Inicialmente, serão exploradas as metáforas clínicas e o uso da Matriz ACT, compreendendo como recursos experienciais e linguagem terapêutica podem favorecer desfusão cognitiva, consciência emocional e ampliação de flexibilidade psicológica. Em seguida, avançaremos para a formulação de caso em ACT, discutindo como organizar hipóteses clínicas a partir de processos funcionais, padrões de esquiva, fusão cognitiva, comportamento governado por regras e desconexão de valores.

Na sequência, o tema aprofunda os instrumentos de avaliação utilizados dentro das terapias contextuais, analisando medidas relacionadas à flexibilidade psicológica, esquiva experiencial, mindfulness, desfusão e funcionamento comportamental. Posteriormente, serão discutidas as principais pesquisas em ACT, explorando evidências empíricas, modelos



transdiagnósticos, eficácia clínica e integração contemporânea da ACT com outras abordagens baseadas em processos.

Por fim, o tema integra todos esses elementos em uma visão mais ampla da prática clínica contextual, discutindo postura terapêutica, relação clínica, flexibilidade do terapeuta e construção de intervenções experienciais alinhadas às necessidades específicas de cada cliente. Ao final deste tema, espera-se que você seja capaz de compreender a ACT não apenas como um conjunto de técnicas isoladas, mas como um modelo clínico contextual, experiencial e funcional voltado à ampliação da flexibilidade psicológica e da construção de vidas mais significativas.

METÁFORAS E MATRIZ

Quando começamos a entrar na prática clínica da ACT, uma das primeiras coisas que gradualmente se torna evidente é que compreender racionalmente os próprios problemas não é, necessariamente, suficiente para produzir mudança psicológica profunda. Muitas pessoas chegam à terapia com excelente capacidade intelectual de análise. Conseguem explicar seus padrões, reconhecem seus mecanismos de funcionamento e entendem perfeitamente aquilo que “deveriam fazer”. Ainda assim, permanecem repetindo os mesmos ciclos de sofrimento, esquiva e rigidez comportamental.

Isso acontece porque grande parte do sofrimento psicológico não é mantida apenas por falta de informação ou ausência de *insight*. O sofrimento frequentemente se organiza pela maneira como o indivíduo se relaciona com a própria experiência interna. E essa relação dificilmente muda apenas através de explicações conceituais.

É justamente nesse ponto que a ACT começa a diferenciar-se de abordagens excessivamente centradas em discussão racional ou reestruturação lógica do pensamento. A ACT utiliza a linguagem, mas procura utilizá-la de maneira **experiencial e funcional**. O objetivo não é apenas convencer o cliente intelectualmente de algo, mas favorecer experiências psicológicas que produzam mudança real na relação estabelecida com pensamentos, emoções e sofrimento.



A Função Clínica das Metáforas: Deslocamento de Perspectiva

Dentro desse contexto, as metáforas ocupam um lugar extremamente importante. Entretanto, é fundamental compreender que, na ACT, as metáforas não funcionam apenas como exemplos ilustrativos ou recursos didáticos superficiais. Elas possuem uma função clínica muito mais profunda: **reorganizar a experiência psicológica do cliente**.

As metáforas permitem que determinados padrões de funcionamento se tornem mais visíveis, observáveis e experienciáveis sem depender exclusivamente de raciocínio lógico abstrato. Muitas vezes, algo que o paciente não consegue acessar através de explicações diretas torna-se imediatamente compreensível por meio de uma metáfora bem construída. Isso ocorre porque as metáforas frequentemente produzem pequenos deslocamentos de perspectiva, ajudando a criar distância entre a pessoa e seus próprios processos psicológicos automáticos. E essa pequena distância já representa um movimento importante de **desfusão cognitiva**.

- **A Metáfora da Areia Movediça:** O objetivo não é apenas transmitir intelectualmente a ideia de que lutar contra o sofrimento piora a situação. A metáfora procura fazer com que o cliente reconheça, dentro da própria experiência, o quanto sua luta constante contra pensamentos e emoções funciona exatamente como alguém que afunda cada vez mais ao tentar desesperadamente debater-se na areia.
- **A Metáfora dos Passageiros no Ônibus:** Pensamentos difíceis, emoções dolorosas e memórias desagradáveis funcionam como passageiros barulhentos tentando controlar a direção do veículo. Quanto mais o motorista (paciente) luta para expulsá-los, mais paralisado e dominado por eles ele fica. A imagem ajuda o cliente a perceber outra possibilidade: continuar dirigindo a própria vida (valores) mesmo com os passageiros difíceis presentes.

O impacto clínico não acontece porque a pessoa “entende” a metáfora racionalmente, mas porque ela começa a perceber o próprio funcionamento de maneira diferente através de um contato mais vivo com o padrão de controle, esquiva e rigidez. Mais importante do que decorar metáforas prontas é compreender sua função clínica: flexibilizar a relação com a



experiência interna, favorecer a desfusão cognitiva, ampliar a tomada de perspectiva e abrir espaço para novas formas de ação.

A Matriz ACT: Organização Funcional da Experiência

Se as metáforas ajudam a reorganizar a experiência de maneira pontual, a **Matriz ACT** ajuda a organizar essa experiência de forma contínua e estruturada ao longo do processo terapêutico. A matriz é essencialmente uma ferramenta simples de organização funcional da experiência psicológica. Seu objetivo principal não é classificar sintomas ou produzir diagnósticos complexos, mas tornar os processos psicológicos mais visíveis tanto para o terapeuta quanto para o próprio cliente.

De maneira geral, a matriz organiza a experiência a partir de dois grandes eixos cruzados:

1. **Eixo Vertical:** Diferencia os eventos internos (experiência mental/sensorial) e os comportamentos observáveis (ações no mundo físico).
2. **Eixo Horizontal:** Organiza a direção funcional do comportamento — aproximação daquilo que importa (valores) ou afastamento da dor psicológica (esquiva).

Isso significa que a matriz não pergunta apenas “o que a pessoa está fazendo?”, mas principalmente “**a serviço de quê esse comportamento está ocorrendo?**”. A ACT está continuamente interessada na função do comportamento, e não apenas em sua forma superficial.

Comportamento Superficial (Forma)	Direção Funcional: Afastamento (Away)	Direção Funcional: Aproximação (Toward)
Trabalhar intensamente (12h por dia)	Utilizar o excesso de trabalho como estratégia de fuga emocional para não entrar em contato com	Agir de forma engajada a serviço de valores relacionados ao crescimento profissional,



	conflitos conjugais ou solidão.	contribuição social e realização.
--	---------------------------------	-----------------------------------

Utilidade Prática e a Linguagem Compartilhada

Quando construída em conjunto com o cliente, o funcionamento psicológico deixa de ser abstrato e passa a tornar-se observável em tempo real. O cliente começa gradualmente a perceber como determinados pensamentos evocam esquiva, como certas emoções levam ao afastamento de valores e como alguns comportamentos funcionam principalmente como tentativa de evitar o sofrimento interno. Isso amplia muito a consciência funcional sobre a própria experiência.

Na prática clínica, a matriz também possui enorme utilidade para o terapeuta:

- Evita que o profissional fique perdido dentro de inúmeros conteúdos narrativos e focos da história do paciente.
- Permite observar os processos centrais que estão organizando o sofrimento: fusão cognitiva, esquiva experiencial, afastamento de valores, rigidez comportamental e dificuldade de contato com o presente.

Isso não significa ignorar a história ou a singularidade do cliente. Significa organizar a escuta de maneira funcional e contextual. O terapeuta passa a acompanhar menos o conteúdo literal das histórias e mais os movimentos psicológicos acontecendo dentro delas.

Além disso, a matriz cria uma **linguagem compartilhada** dentro do processo terapêutico. Uma linguagem simples, acessível e experiencial que pode ser retomada continuamente ao longo das sessões. Terapeuta e cliente passam a reconhecer juntos os padrões quase em tempo real. O cliente começa a notar quando está se movendo exclusivamente em direção à esquiva, quando voltou a fusionar-se rigidamente com pensamentos ou quando se afastou daquilo que valoriza.



A mudança deixa de depender exclusivamente de interpretações intelectuais e passa a ocorrer também pela observação direta dos próprios processos psicológicos enquanto acontecem. A mudança acontece quando a pessoa começa gradualmente a relacionar-se de maneira diferente com a própria experiência interna e, a partir disso, desenvolve novas formas de agir em direção àquilo que realmente importa em sua vida.

Alerta Clínico: Evite a Didática Rígida

O maior erro ao utilizar a Matriz ACT é transformá-la em uma lousa de escola onde o terapeuta palestra e o paciente apenas copia passivamente. A matriz deve ser preenchida de forma puramente experiencial, coletando as palavras e discriminações do próprio paciente. Se o processo virar um teste intelectual sobre "o que é valor e o que é esquivar", você terá gerado fusão cognitiva com a própria ferramenta, destruindo sua função utilitária e pragmática.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Insuficiência do Insight:** Compreender o problema de forma racional não muda a função do comportamento; a clínica da ACT exige intervenções de cunho experiencial.
2. **Metáforas na ACT:** Recursos clínicos estruturados para criar distância do emaranhado verbal (desfusão) e gerar discriminação de padrões de forma rápida e intuitiva.
3. **Eixos da Matriz:** Uma cruz que mapeia a experiência entre o Interno vs. Externo (Vertical) e movimentos de Afastamento da dor vs. Aproximação de valores (Horizontal).
4. **Foco na Função:** Duas ações idênticas na forma podem ter funções opostas na Matriz, dependendo se operam como valor (expansão) ou como esquivar (estreitamento).



FORMULAÇÃO DE CASO

Agora, vamos começamos a avançar na prática clínica, uma das primeiras dificuldades que surgem é justamente esta: **como compreender, de fato, aquilo que está acontecendo com aquele paciente específico?** Porque, na prática, rapidamente percebemos que apenas o diagnóstico formal (CID ou DSM) raramente é suficiente para orientar o trabalho terapêutico de maneira precisa. Dois pacientes podem receber exatamente o mesmo diagnóstico formal e, ainda assim, apresentarem funcionamentos psicológicos completamente diferentes.

Limitações do Diagnóstico Topográfico vs. Abordagem Processual

- **Paciente A:** *Responde ao sofrimento (ex: depressão) principalmente através de esquiva experiencial, isolamento e retraimento social.*
- **Paciente B:** *Diante da mesma dor, apresenta impulsividade intensa, hipercompensação, agitação ou exposição excessiva a riscos.*

Um indivíduo pode estar extremamente fusionado a pensamentos autocríticos, enquanto outro funciona muito mais sob o domínio de emoções aversivas e estratégias de controle emocional rígido. Embora ambos talvez compartilhem o mesmo rótulo diagnóstico, os processos psicológicos que organizam o sofrimento são profundamente distintos.

É justamente nesse ponto que a **formulação de caso** se torna central dentro da ACT. Entretanto, é importante compreender que a formulação de caso não é apenas um documento formal ou uma descrição burocrática do paciente. Na ACT, a formulação funciona principalmente como uma maneira de **organizar o raciocínio clínico**. Uma tentativa de compreender como o sofrimento daquela pessoa está sendo construído, mantido e reforçado ao longo do tempo.

Isso representa uma mudança importante em relação a modelos excessivamente centrados apenas em categorias diagnósticas. Em vez de perguntar exclusivamente “*qual transtorno essa pessoa possui?*”, a ACT desloca o foco para outra pergunta:



“Como esse sofrimento está funcionando?”

Quando começamos a observar o funcionamento psicológico por essa perspectiva contextual, os processos centrais do Hexaflex tornam-se gradualmente mais visíveis. Podemos perceber padrões de fusão cognitiva, nos quais a pessoa permanece rigidamente capturada por pensamentos e narrativas internas. Podemos identificar a esquiva experiencial, quando grande parte do comportamento é organizada pela tentativa de evitar emoções, sensações ou memórias difíceis. Também observamos frequentemente o afastamento progressivo de valores pessoais e o consequente estreitamento do repertório comportamental.

Entretanto, existe um cuidado extremamente importante aqui: **esses processos não devem ser utilizados como categorias rígidas para “encaixar” pacientes.** A ACT não procura substituir os diagnósticos psiquiátricos por novos rótulos contextuais. Os processos funcionam muito mais como lentes clínicas que ajudam o terapeuta a observar padrões dinâmicos de funcionamento. O terapeuta não está tentando descobrir uma essência fixa escondida dentro do paciente; está observando continuamente as relações funcionais entre contexto, linguagem, emoção, comportamento e história de aprendizagem.

O Núcleo do Raciocínio Clínico: A Análise Funcional

Talvez o aspecto mais importante de toda a formulação de caso em ACT seja justamente a **análise funcional**. Dentro dessa perspectiva, o foco principal não está apenas na forma (topografia) do comportamento, mas na **função** que esse comportamento exerce na vida daquela pessoa específica.

Este ponto muda profundamente o raciocínio clínico, pois o mesmo comportamento pode possuir funções completamente diferentes dependendo do contexto em que ocorre:

- **Cenário A:** Evitar uma situação social pode representar uma estratégia legítima de autocuidado e preservação em um determinado momento de esgotamento.
- **Cenário B:** Evitar a mesma situação social pode funcionar principalmente como uma esquiva experiencial crônica que mantém a ansiedade e gera restrição de vida.



O que define isso não é o comportamento em si, mas sua função contextual. A formulação em ACT procura responder continuamente a três perguntas fundamentais:

Esse tipo de análise ajuda enormemente a evitar interpretações superficiais e moralizantes do comportamento humano. A ACT não classifica as ações simplesmente como “certas” ou “erradas”. O foco está muito mais em observar como determinados padrões organizam o sofrimento, a flexibilidade ou a restrição psicológica ao longo do tempo.

A Formulação Dinâmica e o Uso da Matriz

Quando começamos a organizar esses elementos, a formulação deixa de funcionar apenas como uma descrição narrativa do problema e passa a atuar como um **mapa clínico**. Um mapa que permite compreender como a pessoa está se relacionando com pensamentos, emoções, valores e experiências internas, e como isso influencia diretamente suas escolhas e comportamentos.

Dentro desse processo, a matriz ACT funciona como uma ferramenta extremamente útil de organização clínica, pois ajuda o terapeuta e o paciente a visualizarem de maneira concreta os processos psicológicos ocorrendo em tempo real.

A matriz permite diferenciar as experiências internas (pensamentos, emoções, sensações e memórias) dos comportamentos que surgem em resposta a essas experiências (ações observáveis). Ela também ajuda a mapear graficamente a direção funcional do comportamento: aproximação (*Toward*) ou afastamento (*Away*).

Isso costuma produzir mudanças importantes dentro da própria sessão. Muitos padrões que antes permaneciam implícitos começam gradualmente a tornar-se visíveis. O cliente passa a reconhecer como determinados pensamentos evocam a esquiva, como certos comportamentos funcionam como tentativa de controle emocional e como determinadas escolhas o afastam continuamente daquilo que valoriza. Esse processo amplia a consciência funcional sobre a própria experiência e oferece ao terapeuta um eixo organizador muito mais claro para a intervenção clínica.



A Formulação como Processo Vivo na Relação Terapêutica

Outro aspecto extremamente importante é que a formulação de caso em ACT **nunca é entendida como algo fixo e definitivo**. Ela não funciona como um retrato estático ou uma foto tirada no primeiro dia de consulta. Pelo contrário, a formulação vai sendo continuamente atualizada conforme novas experiências surgem dentro do processo terapêutico. O terapeuta vai refinando as hipóteses, ajustando o olhar e aprofundando a compreensão sobre os processos que estão organizando o sofrimento naquele momento específico da vida do cliente. Isso exige do profissional uma postura clínica muito mais aberta e flexível.

Na ACT, a formulação não é construída apenas “sobre” o paciente. Ela acontece também **dentro da relação terapêutica e da experiência que emerge em sessão**. Muitas vezes, os processos centrais de rigidez tornam-se visíveis justamente na maneira como o cliente responde ao próprio terapeuta:

- Quando evita entrar em determinadas emoções durante o diálogo;
- Quando se fusiona a pensamentos de incompetência diante do profissional;
- Quando tenta controlar ativamente sua vulnerabilidade durante o encontro clínico.

Isso muda profundamente a posição do terapeuta. Em vez de aplicar técnicas padronizadas de maneira automática seguindo um manual rígido, o profissional passa a responder continuamente ao funcionamento específico daquele paciente, naquele contexto e naquele momento do processo terapêutico.

Alerta Clínico: A Armadilha do Checklist Burocrático

Um erro relativamente comum é transformar a formulação de caso em uma espécie de checklist rígido, como se fosse obrigatório identificar perfeitamente os seis processos do Hexaflex antes de iniciar qualquer intervenção. Na prática, isso engessa o trabalho clínico e afasta o terapeuta da experiência viva do paciente. A formulação precisa permanecer dinâmica, flexível e continuamente conectada àquilo que emerge na sessão. O objetivo não é encaixar pessoas



dentro de modelos teóricos, mas utilizar o modelo para ampliar sua sensibilidade clínica diante da dor do outro.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Insuficiência Diagnóstica:** O rótulo nosográfico clássico indica a forma dos sintomas, mas falha em descrever os processos funcionais que mantêm o paciente travado.
2. **Raciocínio Baseado em Processos:** A formulação serve para mapear as dinâmicas contextuais e relacionais do paciente (fusão, esquiva, desconexão de valores) sem transformá-las em novos rótulos fixos.
3. **Análise Funcional Continuada:** Investigar a serviço de que o comportamento ocorre. Ações idênticas na forma podem ter funções clínicas opostas de expansão ou estreitamento vital.
4. **Co-construção Viva:** A formulação de caso é um mapa dinâmico alimentado e testado continuamente através do que emerge na própria relação terapêutica em sessão.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Quando falamos sobre avaliação psicológica dentro da prática clínica, é muito comum que a primeira associação seja imediatamente com testes, escalas e mensuração de sintomas. E, de fato, esses elementos fazem parte importante do trabalho clínico. Entretanto, dentro da ACT, a avaliação assume uma função um pouco diferente da lógica tradicional puramente diagnóstica.

A ACT não está interessada apenas em medir o quanto alguém sofre ou em classificar pessoas dentro de categorias psicopatológicas específicas. O foco principal está em



compreender como o sofrimento está sendo construído, mantido e organizado funcionalmente na vida daquela pessoa.

A Mudança de Foco: Da Sintomatologia aos Processos

Esta mudança altera profundamente a forma como o terapeuta olha para a avaliação. Em vez de fazer perguntas meramente descritivas, a investigação clínica foca no mapeamento de processos dinâmicos:

- **Abordagem Tradicional:** *"Qual é o transtorno?"* ou *"Qual o nível de gravidade e intensidade desses sintomas?"*
- **Abordagem da ACT:** *"Como essa pessoa se relaciona com pensamentos difíceis?", "O quanto está fusionada à própria linguagem?", "Como responde às emoções dolorosas?", "Está organizando o comportamento em torno da esquiva experiencial?"* ou *"Continua conectada aos próprios valores ou afastou-se progressivamente daquilo que importa?"*

Essas perguntas ampliam significativamente o olhar clínico. O sofrimento deixa de ser visto apenas como a presença isolada de sintomas e passa a ser compreendido também em termos de padrões de funcionamento psicológico. A avaliação torna-se então muito mais funcional e contextual.

Isso não significa abandonar completamente os modelos tradicionais de avaliação ou ignorar instrumentos padronizados. A ACT não propõe a rejeição da avaliação formal, mas sim a **ampliação do campo avaliativo**. Os instrumentos deixam de funcionar apenas como ferramentas classificatórias e passam a integrar uma compreensão mais ampla sobre os processos psicológicos.

Os Três Níveis Complementares de Avaliação

Didaticamente, podemos estruturar o ecossistema de avaliação na ACT em três eixos independentes e complementares:

1. Avaliação Formal (Psicometria Baseada em Processos)



Envolve a utilização de escalas, medidas padronizadas e instrumentos estruturados desenvolvidos especificamente dentro das terapias contextuais para investigar a flexibilidade psicológica:

- **AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire-II*):** Utilizado para a avaliação global de inflexibilidade psicológica e esQUIVA experiencial.
- **CFQ (*Cognitive Fusion Questionnaire*):** Voltado especificamente para a investigação do nível de fusão cognitiva.
- *Outros instrumentos específicos:* Escalas direcionadas a mensurar níveis de *mindfulness*, clareza de valores e índices de ação comprometida.

Esses instrumentos ajudam a construir um retrato mais estruturado do funcionamento psicológico do cliente, permitindo acompanhar mudanças ao longo do processo terapêutico e complementar o raciocínio clínico.

A ACT toma bastante cuidado para que a avaliação não se reduza exclusivamente aos números produzidos pelas escalas. Instrumentos ajudam, mas não substituem a compreensão contextual da experiência humana. Uma pontuação elevada em esQUIVA experiencial, por exemplo, só adquire sentido clínico real quando compreendida dentro da história, contexto e funcionamento daquela pessoa específica.

2. Avaliação Clínica (Entrevista e Marcadores Linguísticos)

Este nível acontece através da entrevista profunda, da escuta terapêutica e da observação contínua do comportamento do paciente ao longo do processo. O terapeuta observa continuamente aspectos relacionados à linguagem, à postura emocional e à maneira como o indivíduo se relaciona com a própria experiência:

- *Como essa pessoa fala sobre si mesma?*
- *Trata pensamentos como verdades absolutas?*
- *Fusiona-se rigidamente a determinadas narrativas?*
- *Evita certos temas ou afasta-se de experiências emocionalmente difíceis?*

Muitas vezes, o modo como alguém conta sua história revela mais sobre os processos psicológicos envolvidos do que a simples descrição objetiva dos eventos vividos. A própria



linguagem utilizada pelo cliente frequentemente já expressa padrões de funcionamento importantes.

Exemplos de Indicadores Verbais de Inflexibilidade:

- *"Eu sou assim e não tenho como mudar"* (**Self Conceitualizado / Fusão**)
- *"Não consigo lidar com essa sensação"* (**Esquiva Experiencial**)
- *"Preciso parar de sentir isso antes de conseguir viver"* (**Agenda do Controle**)

3. Avaliação Experiencial (Processos Ao Vivo)

Refere-se justamente aos processos que emergem ao vivo dentro da relação terapêutica. Na ACT, aquilo que acontece em sessão não é visto apenas como conteúdo narrativo (focando a história). O próprio processo psicológico torna-se diretamente observável durante a interação clínica.

Quando o cliente evita determinado assunto, fusiona-se intensamente a um pensamento, afasta-se emocionalmente de algo importante ou tenta controlar rigidamente a própria experiência naquele exato momento, o terapeuta está observando os processos acontecendo em tempo real. Isso aproxima radicalmente a avaliação da intervenção.

- **Exemplo de Esquiva Experiencial em Sessão:** O cliente começa a aproximar-se emocionalmente de um tema doloroso e, imediatamente, muda de assunto, conta uma piada, racionaliza excessivamente ou transforma tudo em uma análise intelectual distante.
- **Exemplo de Fusão Cognitiva em Sessão:** O paciente reage automaticamente a pensamentos autocríticos emergentes na conversa como se fossem verdades absolutas e fatos consumados sobre si mesmo.

A Natureza Contínua e Terapêutica da Avaliação

Esta perspectiva transforma profundamente a prática. Na ACT, a avaliação não é um momento estanque ou uma fase separada realizada apenas nas primeiras sessões. Ela acontece continuamente ao longo de toda a jornada clínica. O terapeuta observa constantemente



padrões emergentes, ajusta hipóteses, refina a compreensão funcional e acompanha as mudanças na relação que o cliente estabelece com a própria experiência.

A formulação de caso vai sendo alimentada continuamente pela avaliação, enquanto a própria formulação orienta aquilo que precisa ser observado e aprofundado.

Dimensão	Avaliação Tradicional / Sindrômica	Avaliação Contextual / ACT
Temporalidade	Etapa inicial fechada (fase diagnóstica).	Processo contínuo e dinâmico em todas as sessões.
Dependência	Foco quase exclusivo em scores de testes e inventários.	Integração entre dados formais, clínicos e experienciais.
Função	Puramente descritiva e classificatória (Rotular).	Descritiva, funcional e inerentemente interventiva.

Um erro relativamente comum é tornar-se excessivamente dependente de instrumentos ou de protocolos rígidos de avaliação. Escalas oferecem informações úteis, mas não conseguem capturar toda a complexidade da experiência humana. Se o terapeuta permanece exclusivamente preso aos números produzidos pelos instrumentos, corre o risco de perder aquilo que está acontecendo concretamente na vida do cliente e dentro da própria relação terapêutica. A ACT procura justamente evitar esse empobrecimento tecnicista da prática clínica.



A avaliação em ACT é sempre profundamente contextual: ela considera a história de aprendizagem, o ambiente atual, o repertório comportamental, as contingências presentes e a função dos comportamentos dentro da vida específica daquela pessoa. Além disso, ela também possui uma **função terapêutica**. Muitas vezes, quando determinados padrões de funcionamento e esQUIVA se tornam visíveis para o próprio cliente através do mapeamento em sessão, já começa a surgir espaço para a mudança psicológica.

O indivíduo passa gradualmente a perceber como organiza as suas ações em torno da esQUIVA, gerando um aumento de consciência funcional que, por si só, já representa um movimento importante de flexibilidade psicológica. Avaliar significa compreender padrões de funcionamento humano, observar processos psicológicos em contexto e ampliar a sensibilidade clínica diante da maneira como o sofrimento está sendo construído e mantido na vida daquela pessoa específica.

Alerta Clínico: A Fixação Psicométrica

Tenha cautela ao aplicar e discutir questionários como o AAQ-II com o paciente. Se você der peso excessivo à nota ou comemorar uma "redução no score de esQUIVA", poderá instalar no paciente uma busca obsessiva por pontuações melhores. Isso transforma o instrumento em uma meta de controle interno, alimentando a própria inflexibilidade que se desejava mensurar. Use os scores como um guia silencioso para o seu raciocínio clínico, nunca como um placar de desempenho para o paciente.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Objetivo Central:** Compreender como o sofrimento é construído e mantido funcionalmente no contexto do paciente, indo além da simples catalogação de sintomas do DSM.



2. **Avaliação Formal:** Uso estratégico de escalas baseadas em processos (AAQ-II, CFQ) para mensurar variáveis específicas do Hexaflex, servindo como suporte e não como substituto da clínica.
3. **Avaliação Clínica:** Rastreamento de marcadores linguísticos e narrativos que denunciam o nível de fusão, apego ao self conceitual e adoção de agendas de controle.
4. **Avaliação Experiencial:** A leitura atenta das respostas do paciente em tempo real na sessão, capturando esquivas e fusões no exato momento em que ocorrem na relação terapêutica.

PESQUISAS EM ACT

Quando falamos sobre psicoterapia contemporânea, torna-se praticamente inevitável discutir evidência científica. Existe hoje uma demanda crescente para que as abordagens clínicas demonstrem eficácia por meio de pesquisas, estudos controlados e resultados empiricamente observáveis. Isso produziu transformações importantes dentro da psicologia clínica, especialmente no desenvolvimento de modelos mais integrados entre prática terapêutica e investigação científica.

Entretanto, ao mesmo tempo, também surgiu uma tensão importante: nem tudo aquilo que possui relevância clínica profunda é simples de transformar em protocolos rígidos, variáveis controláveis ou medidas quantitativas precisas. Experiências humanas como sofrimento existencial, construção de sentido, vulnerabilidade emocional, relação com a própria identidade ou transformação psicológica muitas vezes escapam parcialmente às tentativas mais reducionistas de mensuração. E é justamente dentro dessa tensão entre ciência e complexidade humana que a ACT se desenvolve.

A Tradição Científica e a Quebra do Reduccionismo

Diferente da ideia de que a ACT seria uma prática apenas intuitiva ou baseada em conceitos filosóficos abstratos, sua origem está profundamente vinculada à tradição científica da análise do comportamento e da pesquisa experimental em linguagem e cognição. A



própria *Relational Frame Theory* (RFT) surge como uma tentativa sistemática de compreender cientificamente os processos simbólicos humanos e sua relação com o sofrimento psicológico. Isso significa que a ACT não nasce afastada da investigação empírica. Pelo contrário. Desde o início, o modelo foi desenvolvido articulando prática clínica, teoria comportamental e pesquisa experimental.

Ao longo das últimas décadas, um número cada vez maior de estudos passou a investigar a eficácia da ACT em diferentes contextos clínicos:

- Ansiedade e depressão;
- Dor crônica e sofrimento relacionado a doenças médicas;
- Uso de substâncias e transtornos alimentares;
- Estresse ocupacional e esgotamento.

De maneira geral, os resultados mostram que a ACT apresenta eficácia clínica consistente e frequentemente comparável a outras abordagens psicoterapêuticas já bem estabelecidas (como a TCC Tradicional). Entretanto, o aspecto mais interessante da ACT não está apenas na pergunta “*ela funciona?*”, mas sim em descobrir **quais processos explicam essa mudança**.

Este detalhe é extremamente importante porque grande parte da tradição mais clássica em psicoterapia organizou-se historicamente em torno de protocolos específicos para diferentes diagnósticos. Criavam-se intervenções separadas para a depressão, a ansiedade, a fobia ou o transtorno obsessivo. A ACT desloca esse foco: em vez de perguntar apenas “*qual técnica utilizar para determinado transtorno?*”, ela passa a investigar os **processos psicológicos centrais** que atravessam diferentes formas de sofrimento humano.

O Paradigma Transdiagnóstico e as Práticas Baseadas em Processos

É justamente aí que a flexibilidade psicológica torna-se o eixo organizador do modelo. Em vez de pensar exclusivamente em categorias diagnósticas isoladas, a ACT investiga dinâmicas como esquiva experiencial, fusão cognitiva, rigidez comportamental, afastamento de valores e dificuldade de contato com o momento presente. Isso muda a lógica



da pesquisa clínica: o foco deixa de ser a redução de sintomas específicos e passa a incluir a investigação dos mecanismos psicológicos envolvidos na mudança terapêutica.

Diversos estudos mostram, por exemplo, que a redução da evitação experiencial e o aumento da flexibilidade psicológica estão associados a melhores desfechos clínicos em diferentes contextos. Isso sugere que mudanças importantes não acontecem apenas porque determinados sintomas diminuem diretamente, mas porque a relação estabelecida com a própria experiência interna começa a transformar-se. O sofrimento psicológico não depende apenas do conteúdo dos pensamentos ou da intensidade das emoções, mas da maneira como a pessoa se relaciona funcionalmente com esses eventos internos.

Quando alguém deixa gradualmente de organizar toda a vida em torno da esquiwa experiencial e desenvolve maior abertura psicológica, mudanças importantes começam a surgir em diferentes áreas da vida ao mesmo tempo. Isso aproxima a ACT das chamadas **Terapias Baseadas em Processos** (*Process-Based Therapy - PBT*). Essa perspectiva procura compreender os mecanismos responsáveis pela mudança clínica, em vez de limitar-se apenas à comparação de marcas ou protocolos terapêuticos.

Abordagem Tradicional Baseada em Protocolos	Abordagem Contemporânea Baseada em Processos
Foco em saber qual marca ou manual de terapia "vence" outra abordagem em testes estatísticos.	Foco em entender quais mecanismos psicológicos realmente promovem a transformação humana.
O terapeuta aplica manuais e protocolos rigidamente fechados para síndromes do DSM.	O terapeuta atua como um alfaiate, observando quais processos específicos precisam ser flexibilizados.



Avalia o sucesso pela eliminação topográfica dos sintomas relatados.	Avalia o sucesso pela expansão funcional do repertório comportamental do paciente.
---	---

Este movimento amplia a integração entre ciência e prática clínica. O terapeuta deixa de aplicar protocolos cegos e passa a observar os fluxos funcionais em tempo real.

Olhar Crítico e Limitações Metodológicas

Ao mesmo tempo, é importante manter um olhar crítico e cuidadoso sobre a própria produção científica em ACT. Nenhuma abordagem possui estudos perfeitos ou resultados absolutamente homogêneos. Existem limitações metodológicas, dificuldades de mensuração e variações importantes entre as pesquisas.

Além disso, certos aspectos da experiência humana são particularmente difíceis de investigar empiricamente. Processos subjetivos como o sentido existencial, a qualidade da consciência ou mudanças profundas na relação com o sofrimento nem sempre são facilmente capturados por medidas quantitativas tradicionais. Reconhecer essas limitações não enfraquece a ACT; mostra justamente que estamos lidando com um modelo vivo, em constante refinamento teórico, metodológico e clínico.

Outro ponto fundamental é que **a evidência científica não substitui o raciocínio clínico**. Estudos oferecem direções importantes, ajudam a identificar processos relevantes e fornecem sustentação empírica para determinadas intervenções. Entretanto, nenhum artigo científico consegue capturar integralmente a singularidade de um ser humano específico dentro da sessão terapêutica. Na prática clínica, o terapeuta precisa continuamente integrar:



[Conhecimento Científico] + [Sensibilidade Clínica] + [Contexto e História do Paciente]

|



[Análise Funcional e Intervenção Precisa]

A ACT mantém justamente esse compromisso duplo: permanecer profundamente conectada à investigação empírica sem reduzir a complexidade da experiência humana a modelos excessivamente mecanicistas.

A Contribuição para a Psicologia Contemporânea

Isso explica parte do crescimento contemporâneo das terapias contextuais. Elas conseguem dialogar com a ciência de maneira rigorosa sem abandonar as questões humanas mais profundas relacionadas ao sofrimento, aos valores, à consciência e à construção de sentido. Ao longo desse desenvolvimento, a ACT ajudou a fortalecer uma mudança mais ampla dentro da psicologia clínica: a passagem de modelos excessivamente centrados em categorias diagnósticas para modelos organizados em torno de processos psicológicos transdiagnósticos.

Essa mudança possui implicações importantes para a prática terapêutica cotidiana. O terapeuta passa a observar menos *“qual transtorno a pessoa possui”* e mais *“como essa pessoa está funcionando psicologicamente”*. Isso produz intervenções potencialmente mais flexíveis, individualizadas e contextualizadas.

A maior contribuição da ACT para a psicologia contemporânea está nessa integração entre profundidade clínica e base científica. O modelo não abandona a investigação empírica, mas também não reduz o sofrimento humano a um conjunto simplificado de sintomas ou protocolos padronizados. A ACT procura sustentar algo mais complexo: uma ciência do comportamento humano capaz de dialogar simultaneamente com a linguagem, a emoção, a



consciência, o contexto e a experiência vivida. E é justamente essa tentativa de integração que continua tornando o modelo tão relevante dentro das discussões atuais sobre psicoterapia baseada em evidências e mudança psicológica.

Alerta Clínico: O Cientificismo Rígido

Cuidado para não transformar a Prática Baseada em Evidências em uma postura dogmática e inflexível dentro do consultório. Se você se recusar a intervir de forma criativa ou compassiva porque não encontrou um artigo científico controlando rigorosamente aquela queixa específica do paciente, você estará operando em total rigidez psicológica. As evidências servem para clarear os processos universais de mudança (ex: desfusão), mas a forma de evocar esses processos em sessão exige sensibilidade, timing e arte clínica.

Resumo Fixação (Análise Rápida)

1. **Origem Científica:** A ACT não é uma prática puramente intuitiva ou mística; ela é a extensão clínica da análise do comportamento aplicada à linguagem através da RFT.
2. **Mecanismos de Mudança:** Mais importante do que provar que a ACT funciona é discriminar que sua eficácia se apoia na redução da esquiva e no aumento da flexibilidade.
3. **Terapias Baseadas em Processos (PBT):** A quebra do modelo de "marcas de manuais" para focar nos processos transdiagnósticos universais que causam ou aliviam a dor humana.
4. **Compromisso Duplo:** Unir o rigor do método científico experimental à profundidade de temas existenciais complexos (valores, sentido de vida), sem cair no mecanicismo reducionista.



ENCERRAMENTO

Ao longo deste livro, percorremos a ACT desde suas bases filosóficas até suas aplicações clínicas. Partimos do contextualismo funcional, da análise do comportamento, da RFT e da psicologia budista para compreender uma ideia central: o sofrimento humano não pode ser entendido apenas pelo conteúdo da experiência, mas pela função que essa experiência assume na vida da pessoa.

Aos poucos, vimos que a ACT propõe uma mudança profunda na prática clínica. Em vez de buscar eliminar pensamentos, emoções e sensações difíceis, ela convida o terapeuta e o paciente a investigarem a relação estabelecida com esses eventos internos. Nesse caminho, processos como aceitação, desfusão, contato com o momento presente, self como contexto, valores e ação compromissada tornam-se formas de ampliar flexibilidade psicológica.

Essa perspectiva desloca o foco da psicoterapia de uma lógica puramente corretiva para uma lógica de construção de vida. A pergunta deixa de ser apenas “como reduzir sofrimento?” e passa a incluir “que tipo de vida vale a pena construir, mesmo quando a dor está presente?”. Essa mudança é simples em sua formulação, mas profundamente desafiadora na prática clínica.

Ao final, a ACT nos lembra que a mudança psicológica não acontece apenas quando a pessoa compreende melhor a si mesma, mas quando começa a se relacionar de maneira diferente com a própria experiência e a agir em direção ao que realmente importa. O objetivo não é criar uma existência sem dor, mas ampliar a capacidade de viver com mais abertura, consciência, presença e compromisso com valores.

Assim, este livro se encerra reforçando uma das contribuições mais importantes da ACT: ajudar pessoas a deixarem de viver apenas em função da luta contra o sofrimento e começarem a construir uma vida mais flexível, significativa e humana.

Referências

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for



clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., McEnteggart, C., & Harte, C. (2020). A functional-cognitive perspective on human language and cognition. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(1), 1–17.

Ciarrochi, J., & Bailey, A. (2008). *A CBT-practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.

Dahl, J., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using ACT*. Oakland: New Harbinger.

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

Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 77–101). Hoboken: Wiley.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). *Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16.



Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland: New Harbinger.

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. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). Oakland: New Harbinger.

McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, 15(3), 221–234.

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The essential guide to the ACT matrix*. Oakland: New Harbinger.

Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors*. Oakland: New Harbinger.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–770.

Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: Language as intervention*. New York: Guilford Press.

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

