

**PARADIGMA CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO  
COMPORTAMENTO**

**RAUL VAZ MANZIONE**

Examinando os efeitos de um *workshop* introdutório de Terapia de Aceitação e  
Compromisso sobre a aquisição de habilidades terapêuticas em terapeutas iniciantes  
em um delineamento quase-experimental de caso único.

São Paulo

2022

**RAUL VAZ MANZIONE**

Examinando os efeitos de um *workshop* introdutório de Terapia de Aceitação e Compromisso sobre a aquisição de habilidades terapêuticas em terapeutas iniciantes em um delineamento quase-experimental de caso único.

Dissertação apresentada ao Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada, sob orientação da Profa. Dra. Roberta Kovac

São Paulo

2022

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data \_\_\_\_\_

Raul Vaz Manzione

Raul Vaz Manzione

**Examinando os efeitos de um workshop online introdutório de Terapia de Aceitação e Compromisso sobre a aquisição de habilidades terapêuticas em terapeutas iniciantes em um delineamento quase-experimental de caso único.**

Banca examinadora:

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada.

---

Profa. Dra. Roberta Kovac

Orientador(a)

São Paulo, 2022

Este trabalho é dedicado aos meus pacientes: atuais e aqueles que não estão mais comigo; em especial àqueles com quem falhei e cometi erros. Vocês são parte desse processo de busca contínua de aprimoramento.

## AGRADECIMENTOS

Como bom behaviorista, é bom lembrar: o que se tem aqui são topografias de respostas minhas. E, por definição, elas não dizem muito sobre as condições em que foram emitidas e suas funções. Este não é apenas um trabalho de “dois anos”, mas um fechamento de um ciclo de vida que se iniciou na adolescência. São muitos antecedentes que culminam nesse trabalho fruto de uma história intercomportamental, que jamais seria minha pretensão esgotar em apenas algumas páginas os agradecimentos ou toda a jornada. Penso eu que a “história de reforçamento de um indivíduo” é vista no próprio ato de se comportar, então este trabalho é também o trabalho de muitos executado pelas minhas mãos.

Agradeço à minha família, fundamental no apoio e incentivo ao estudo: minha mãe, Sonia Vaz, meu pai, Leonardo Manzione, minha irmã, Flora Vaz Manzione. Agradeço em especial pela compreensão aos (longos) períodos que estive ausente para a conclusão desse trabalho. Às minhas avós: Iracema Siemsen Vaz (*in memoriam*) e Idaracy Luizette dos Santos Manzione (*in memoriam*) por acreditarem muito que eu “daria certo um dia.”

Ao meu amor, Gabriela. A sua compreensão e apoio foram fundamentais para a execução desse trabalho. Me emociono muito ao escrever essas palavras considerando que a data de entrega desse trabalho está muito próxima da data de quando iniciaremos uma nova vida de casados. Me conforta muito saber que, não importa a empreitada que eu me envolva, você sempre está ao meu lado para oferecer apoio quando eu preciso, celebrar os sucessos e me confortar durante os fracassos. Eu não poderia escolher pessoa melhor para passar o resto da vida junto. Te amo.

À Roberta Kovac, pela orientação ao longo desses dois anos e pela contribuição imensa em minha vida profissional desde o início de minha carreira lá em fevereiro de 2016.

Muito do que venho conquistando enquanto psicólogo tem muito de você como minha mentora.

Aos membros da banca de qualificação: Profa. Dra. Alessandra Villas-Bôas Hartmann e Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani pelas valiosíssimas contribuições para a execução desse trabalho.

Aos meus professores do Mestrado que, em meio a uma pandemia sem precedentes, foram capazes de adaptar o método de ensino para ambiente virtual e puderam fornecer a sensação de sala de aula mesmo à distância.

À Robyn Walser e Emily Sandoz pela massiva contribuição em minha prática clínica enquanto terapeuta e por ideias em discussões eventuais sobre o projeto.

Aos meus queridos colegas que se dispuseram a ser observadores desta pesquisa: Gabriela Leite Teixeira e Paulo César Bozza Júnior.

Aos autores principais da medida utilizada nesse estudo em conceder autorização para tradução e utilização da mesma.

Aos meus amigos que puderam me dar o apoio, afago e risadas em tempos difíceis e, principalmente, compreensão pela minha ausência decorrente desse trabalho e do balanço com a vida.

Ao Centro Paradigma por me conceder bolsa integral de mestrado em meus dois anos na permanência deste.

E agradeço, por fim, ao meu eu do passado, que jamais vislumbrou que um dia como esse chegaria e que esteve comigo até agora. Para ele, eu digo: “Viu? Deu certo!”

*Por que eu deveria ser menos ambicioso do que meus heróis?*

Kelly G. Wilson (comunicação pessoal, Junho de 2019)



## RESUMO

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma modalidade psicoterapêutica contextual. Por contar com centenas de ensaios clínicos randomizados que sugerem forte eficácia para diversas condições psicológicas, a ACT tem ganhado popularidade nos anos recentes. O treinamento de terapeutas para desenvolvimento de competências para a aplicação da ACT (Treinamento de Aceitação e Compromisso – ACTr) é um campo que necessita de maior investigação empírica. O presente trabalho buscou investigar uma intervenção no formato de *workshop* com duração de dois dias em uma condição de sujeito único com delineamento quase-experimental. Foi avaliado a aquisição de competências em ACT em dois sujeitos terapeutas iniciantes, sem treinamento prévio em ACT, ao longo de *role-plays* executados no *workshop*. Ambos desenvolveram competências em comparação à fase de linha de base e é discutida as implicações e limitações de treinamentos como parte do currículo de treinamento de terapeutas no contexto das Práticas Baseadas em Evidências em Psicoterapia.

**Palavras-chave:** Terapia de Aceitação e Compromisso, Treinamento, Workshop, Competências

## **ABSTRACT**

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a contextual therapy package. As seen on hundreds of randomized clinical trials, ACT accounts for robust evidence in the treatment of diverse psychological disorders and ACT has gained popularity in the recent years. Therapist training on the competences for application of ACT (Acceptance and Commitment Training – ACTr) is a field that needs further empirical investigation. The present study aimed to investigate a workshop-based intervention on a single subject quasi-experimental design over two days of an ACT-workshop. Two subjects, recently graduated therapists inexperienced in ACT, had their skill assessed for ACT competency on role-playing sessions in the context of the workshop. The findings suggests that both subjects were able to develop competencies in ACT in comparison to the baseline condition. Implications for therapist training in the context of Evidence Based Practice in Psychotherapy is discussed.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, training, workshop, competencies.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hexágono da Flexibilidade Psicológica ( <i>Hexaflex</i> ).....	3
Figura 2 – Gráfico ACT-FM Consistente X Inconsistente.....	19
Figura 3 – Gráfico por repertório da ACT-FM.....	22
Figura 4 – Resultados do Questionário de Conhecimentos em ACT (AKQ).....	23

## APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	58
APÊNDICE B – Convite para participação no estudo .....	62
APÊNDICE C – Descrição do caso clínico 1 para role-play .....	63
APÊNDICE D – Descrição do caso clínico 2 para role-play .....	64
APÊNDICE E – Descrição do caso clínico 3 para role-play .....	65
APÊNDICE F – Descrição do caso clínico 4 para role-play .....	66
APÊNDICE G – Descrição do caso clínico 5 para role-play .....	67
APÊNDICE H – Slides de PowerPoint do Workshop.....	68

## **ANEXO**

ANEXO A – Questionário de Conhecimentos em ACT (AKQ).....	145
ANEXO B – Medida de Fidelidade em ACT (ACT-FM português) .....	149

## SUMÁRIO

Introdução.....	1
Flexibilidade Psicológica como um modelo unificado de saúde mental .....	2
Evidências de Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso .....	5
Evidências de Eficácia do Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACTr) ...	5
Competências para a Aplicação da ACT .....	9
Objetivo .....	10
Método.....	11
Delineamento .....	11
Variáveis .....	11
Participantes .....	12
Observadores .....	13
Treino de Observadores .....	13
Instrumentos .....	14
Procedimento .....	15
Resultados .....	17
Discussão.....	23
Considerações Finais .....	43
Referências .....	46
Apêndice .....	58
Anexo .....	145

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – Hayes et al., 2012a) é um modelo psicoterapêutico analítico-comportamental, transdiagnóstico,<sup>1</sup> baseado na Teoria das Molduras Relacionais (Hayes et al., 2001) e no Contextualismo Funcional e está inserida dentro das chamadas terapias comportamentais contextuais ou de terceira geração (e. g., Hayes, 2004; Bach & Moran, 2012; Hoffman & Hayes, 2018). A ACT se apresenta como uma abordagem multidimensional transdiagnóstica enfatizando a reticulação, um modelo de desenvolvimento científico e prático, onde os progressos teóricos e tecnológicos ocorrem em múltiplos níveis (Filosofia Contextualista Funcional, conceitos analítico-comportamentais básicos, pesquisa experimental, pesquisa aplicada, intervenção/oferta de serviços ao público) e de forma interligada, com diferentes padrões de progresso para o nível particular do trabalho; dessa forma, ao “fazer” ACT, leva-se em conta a filosofia do Contextualismo Funcional, conceitos comportamentais básicos e dados de pesquisa empírica (Baer et al., 1968; Hayes et al., 2012a ; Hayes et al., 2012b; Westrup, 2014; Luciano, 2017).

Por se apresentar como um modelo, a ACT não é, então, apenas uma junção de técnicas e métodos; sua proposta é a de promoção de flexibilidade psicológica através de diferentes configurações e populações. Segundo Hayes e colaboradores (2012a), um modelo unificado é um conjunto de processos comportamentais coerentes que se aplicam com precisão, escopo e profundidade a uma ampla variedade de problemas clinicamente relevantes e que se aplicam a questões de funcionamento e adaptabilidade humana. O foco não está na miríade de formas, topograficamente definidas, do sofrimento humano (sintomas e síndromes, ou coletivos de sintomas), mas sim nos processos que trazem como consequência o sofrimento mencionado anteriormente. Essa inflexibilidade é vista como um repertório comportamental - gerador de sofrimento - mantido pelo seguimento rígido de regras. (Hayes et al., 2001; Hayes et al., 2012a).

O objetivo da ACT, em termos simples, é de promover flexibilidade psicológica e isso é feito ao se auxiliar um cliente a contatar eventos privados sem defender-se desnecessariamente (aceitação psicológica) e a reduzir a governança verbal excessiva (desfusão) enquanto, ao mesmo tempo, se estabelecem objetivos concretos baseados nos valores individuais de forma que capacite o cliente a se comportar de acordo com estes objetivos (compromisso) (Wilson et al., 2001).

### **Flexibilidade Psicológica como um modelo unificado de saúde mental**

O modelo de flexibilidade psicológica é indutivo e ligado a processos humanos básicos derivados amplamente de ciência básica. É um modelo tanto de psicopatologia como de bem-estar psicológico e de intervenção psicológica (Hayes et al., 2012a). Servindo como metáfora e não como o modelo em si, os seis processos que contribuem para a flexibilidade psicológica são comumente representados na figura de um hexágono: o *hexaflex* (Figura 1): atenção flexível ao momento presente; valores escolhidos; ações comprometidas; self-como-contexto; desfusão e aceitação.



## Figura 1

*Hexágono da Flexibilidade Psicológica (Hexaflex).*

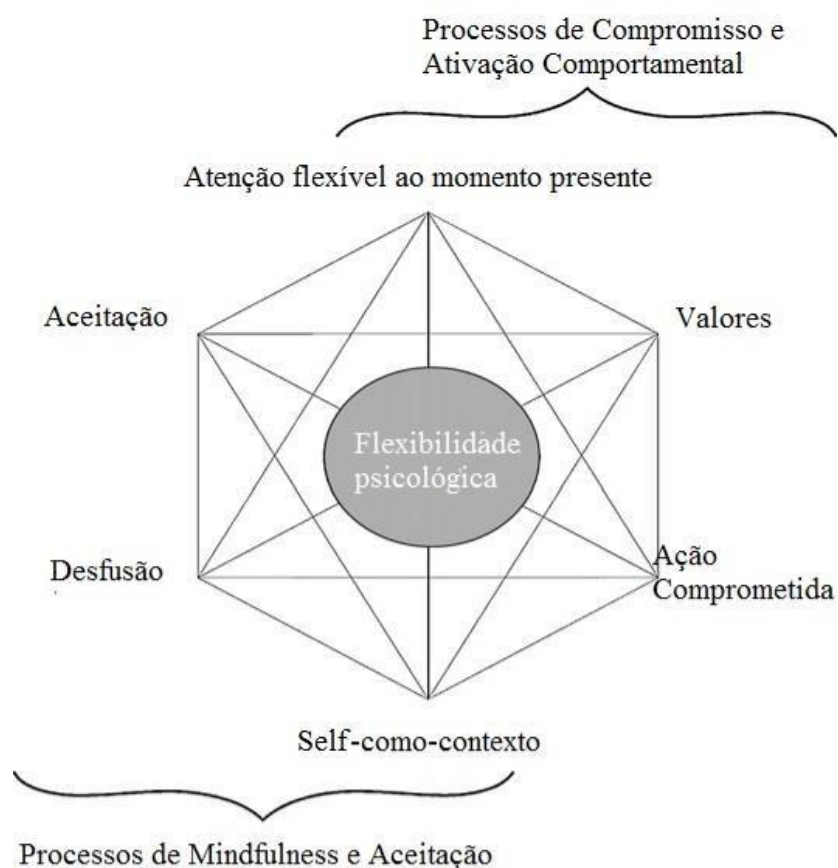


Figura 1 - A flexibilidade psicológica como um modelo humano de funcionamento e mudança comportamental. Os processos de Aceitação, Desfusão, Atenção flexível ao momento presente e self-cómo-contexto se referem a processos de *mindfulness* e aceitação; os processos de valores, ação comprometida, self-cómo-contexto e atenção flexível ao momento presente são processos de compromisso e ativação comportamental.

A flexibilidade psicológica, assim definida, seria o repertório comportamental de contatar o momento presente como um ser humano consciente, de maneira íntegra e se desfazendo de defesas desnecessárias - da maneira que o presente se apresenta, e

não do que ele aparenta ser - e baseando-se no que a situação permite, persistir ou mudar de comportamento a serviço de valores escolhidos por aquele indivíduo (Hayes et al., 2012a). Operacionalmente, conforme Törneke et al. (2016): “[É a] habilidade de um indivíduo de responder à sua própria resposta enquanto participando de uma moldura de hierarquia com o “eu” dêitico. Esse tipo de resposta é geralmente acompanhado de uma redução do controle de estímulos exercido pela resposta em questão, permitindo que ocorram respostas relacionais que especifiquem funções apetitivas de *augmental*, assim como outros comportamentos que participem de molduras de coordenação com esse responder relacional.”

Trata-se de um modelo que adota como pressuposto que o cerne da psicopatologia e do sofrimento humano é a inflexibilidade psicológica, sendo essa entendida como tentativas de controlar reações psicológicas ao desconforto, quando tais tentativas estão comprometendo a possibilidade de se engajar em ações baseadas em valores. Como alternativa, protocolos de tratamento unificados ou transdiagnósticos têm sido apresentados para abordar diferentes categorias diagnósticas, com foco em características centrais de transtornos. Muitos transtornos definidos dentro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição.; DSM-5; Associação Americana de Psiquiatria, 2013) compartilham de dimensões comuns como dificuldade de controle do impulso, problemas de controle atencional, ruminação ou preocupação, inflexibilidade cognitiva, dificuldades de auto-consciência, entre outros. O objetivo das terapias comportamentais e cognitivas mais modernas não é eliminar, modificar ou suprimir eventos privados (sentimentos, pensamentos, sensações e memórias), mas sim promover trajetórias de vida mais positivas. Para isso, é preciso conhecer os processos que fomentam crescimento e desenvolvimento para que intervenções mais eficazes sejam desenvolvidas (Hayes &

Hofmann, 2018).

### **Evidências de eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso**

Atualmente, na data de escrita desta dissertação, se tem conhecimento de 876 ensaios clínicos randomizados (ECRs) em ACT, abrangendo tópicos desde Dor Crônica, Ansiedade e Depressão até temas como Qualidade de Vida, Comportamentos saudáveis etc. Além dos ECRs, foram encontradas 285 publicações sobre meta-análises e revisões sistemáticas em ACT (Hayes, 2022).

### **Evidências de eficácia do Treinamento em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACTr)**

Foram avaliados sete estudos na área de treinamento em ACT para terapeutas (Lappalainen et al., 2007; Luoma & Vilardaga, 2013; Pakenham, 2014; Richards et al., 2011; Strosahl et al., 1998; Trompetter et al., 2014; Walser et al., 2013).

Lappalainen et al. (2007) comparou o efeito dos treinos de: (1) terapia ACT e (2) Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) na eficácia do tratamento oferecido pelos terapeutas. O estudo comparou um grupo de clientes (n = 28), com queixas diversas, distribuídos aleatoriamente e igualmente entre os dois grupos com base na FACCM (*Functional Analytic Clinical Case Model*; Haynes et al., 1997). Os pacientes tratados com ACT apresentaram melhorias significativamente maiores, mensuradas pelo *Symptom Checklist-90* (SCL-90; Holi et al., 1998;) no pós-tratamento (p = 0,048) e acompanhamento de 6 meses (p = 0,053) do que os pacientes tratados com TCC. A ACT resultou em melhorias significativas na flexibilidade psicológica mensuradas pelo Questionário de Aceitação e Ação reduzido (AAQ-8; Bond & Bunce, 2003) (p = 0,007) e a TCC não.

Luoma e Vilaradaga (2013) buscaram avaliar os efeitos de supervisão por telefone em participantes de um workshop de 2 dias em ACT após a realização do mesmo. 20 participantes foram separados, aleatoriamente, em duas condições: o grupo que receberia supervisões semanais de 30 minutos por telefone (n=10) em um período de seis semanas e o grupo que não receberia nenhum contato adicional (n=10). Os pesquisadores utilizaram os seguintes instrumentos como medida: *Client Satisfaction Questionnaire-3* (CSQ-3; Larsen et al., 1979), Questionário de Aceitação e Ação (AAQ), Questionário de Conhecimentos em ACT e *Maslach Burnout Inventory* (MBI; Maslach et al., 1996). Em um follow-up de 3 meses, os resultados indicaram que o grupo que recebeu a supervisão apresentou maior flexibilidade psicológica do que o grupo apenas do workshop. Ambos os grupos apresentaram uma média de aquisição de conhecimento em ACT similar.

Pakenham (2014) avaliou os efeitos de um treinamento em ACT sobre estagiários de psicologia clínica (n=51) e seus impactos sobre o estresse, aquisição de habilidades e conhecimento de processos da ACT. Foi utilizado como variável independente 12 workshops de duas horas ao longo de 12 semanas (1 por semana) e foram aplicadas escalas pré e pós de: estresse relacionado a trabalho, autocompaixão, autopercepção de habilidades clínicas e escalas que abordaram os seis processos de flexibilidade psicológica. Os resultados indicaram que, apesar de um aumento nas medidas de estresse relacionado ao trabalho, as outras medidas de flexibilidade psicológica mostraram um aumento.

Richards et al. (2011) buscaram avaliar os efeitos de ganhos de aprendizagem de ACT através de técnicas experienciais em 73 (n=73) participantes em um workshop de um dia. Estes [participantes] responderam a um questionário de conhecimentos em ACT pré e pós workshop, com um follow-up de 12 (doze) meses em que 29 (vinte e nove)

dos 73 participantes responderam novamente o questionário. Os participantes demonstraram um aumento no conhecimento do ACT, indicaram que seu interesse [no assunto] foi estimulado, viram o workshop positivamente e relataram que seus trabalhos foram influenciados pelo workshop. Em termos de processo de treinamento, os autores notaram que as técnicas experienciais são essenciais para a prática e para o treinamento da ACT. Além disso, não houve evidência de que os próprios níveis de esquivia experiencial dos participantes afetaram os resultados do treinamento.

Strosahl et al. (1998) realizou o primeiro estudo que avaliou o efeito do treino de terapia ACT na eficácia do tratamento oferecido por terapeutas. O estudo comparou (1) psicoterapeutas que passaram por um *workshop* ACT de 3 dias e receberam supervisões semanais (n = 8) com (2) um grupo controle de psicoterapeutas de orientações diversas (n = 10). Avaliou-se a melhora dos clientes (n = 126) por meio de escalas. Os terapeutas treinados em ACT produziram resultados de enfrentamento significativamente melhores ( $p < .05$ ) entre seus clientes em comparação ao grupo de controle. Clientes de terapeutas treinados em ACT tiveram maior probabilidade de concluir a terapia (86%) nos 5 meses desde o início do tratamento do que os clientes dos terapeutas do grupo controle (49%).

Trompeter et al. (2014) buscou avaliar os efeitos da implementação de ACT em um grupo Holandês de reabilitação para dor, onde foram avaliados os efeitos em profissionais de saúde (n=111) e em seus respectivos pacientes (n=79). Foram utilizados questionários pré-intervenção, durante intervenção e pós-intervenção. Os profissionais de saúde relataram um aumento significativo ( $p < .01$ ) no desenvolvimento de competências em ACT entre os momentos pré, durante e pós-treino e avaliando suas competências como 'adequadas' no pós-treino. Os pacientes relataram que seus profissionais aderiram à ACT durante o tratamento através do preenchimento de escalas Likert ao final do tratamento, com 6 itens de 1 a 7, abordando questões sobre os

processos do *hexaflex* (ex., “Este componente foi trabalhado durante seu tratamento?”) contendo opções onde 1 era a opção NÃO FOI TRABALHADO e 7 MUITO EXTENSIVAMENTE.

Walser et al. (2013) avaliou os efeitos do resultado do treinamento em competências para aplicação da Terapia de Aceitação e Compromisso para Depressão (ACT-D; Zettle, 2007) em profissionais da saúde mental (PSM) (n=391) no tratamento de seus pacientes (n=745). Os PSMs foram expostos à um treinamento experiencial de 3 dias em ACT-D e requisitados à leitura de um manual sobre o tratamento. Finalizado o treinamento experiencial, os PSMs foram acompanhados durante 6 meses em supervisões semanais com duração de 90 minutos cada. Foram aplicadas medidas de mensuração pré e pós-tratamento tanto para PSMs quanto para pacientes. Medidas dos PSMs: *Therapist Self-Efficacy, Attitude, and Intention Survey* (Escala Likert de 1 a 6 avaliando conhecimentos psicoterapêuticos e conhecimentos ACT específicos), *ACT Core Competencies Rating Form* (ACT-CCRF; Luoma et al., 2007; Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004); aos pacientes: Inventário Beck de Depressão (BDI-II; Beck, Steer, Ball, & Rannieri, 1996), *The World Health Organization Quality of Life Scale, Brief* (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998), *Working Alliance Inventory, Short Revised* (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006; Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989), Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001) e Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-5; Baer, Smith, & Allen, 2004; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). A autoeficácia dos PMS na entrega de ACT-D aumentou significativamente ( $p < .01$ ) entre o pré-treinamento e a pós-consulta 96% dos PSMs alcançaram competência no pós-treinamento em comparação com 21% no pré-treinamento. Os escores de depressão dos pacientes (BDI-II) diminuíram de uma média de 30,3 pré-tratamento para

19,3 no pós-tratamento. Os escores de qualidade de vida do cliente (WHOQOL) aumentaram significativamente ( $p < .01$ ) do pré ao pós-tratamento. A aliança terapêutica e as pontuações no ACT-CCRF aumentaram significativamente ao longo do tratamento.

Os estudos acima descritos apresentaram como característica comum o uso de escalas, em especial escalas Likert (Likert, 1932), para mensuração de competências e melhora clínica em pacientes. Embora escalas sejam úteis para avaliar comportamentos em contexto de delineamentos de grupo, elas não apontam diretamente comportamentos e suas funções em um nível ideográfico tal como o da Análise do Comportamento Aplicada. Portanto, mais do que medir atitudes, quando observamos resultados de treinamentos buscamos mensurar competências terapêuticas momento a momento como indicador de um treinamento bem-sucedido.

### **Competências para a aplicação da ACT**

Competências são descrições dos comportamentos a serem exibidos por todos os membros de uma comunidade que aplicam princípios específicos com populações específicas. Competências são conjuntos de comportamentos complexos e dinamicamente interativos que permitem que uma pessoa execute uma atividade profissional com uma infinidade de resultados em potencial (Marrelli, 1998). Esses agrupamentos podem incluir valores, conhecimentos, habilidades, atributos que resultam na entrega efetiva de um conjunto de princípios.

Por se tratar de um modelo terapêutico de intervenção, faz-se destaque para as competências necessárias aos terapeutas para a aplicação deste. Alguns autores ao longo dos anos listaram as competências básicas para a aplicação da ACT (e. g. Luoma et al., 2007; Strosahl et al., 2004). Um terapeuta ACT competente procurará ter algum grau de

entendimento dos três domínios da Ciência Comportamental Contextual (CBS, na sigla em inglês), a saber: a filosofia da ciência (contextualismo funcional), que postula que toda ação ocorre em contexto, que ação e contexto são inseparáveis na análise e que tem a funcionalidade, a efetividade como critério de verdade; a teoria das molduras relacionais, (RFT) uma teoria da linguagem e da cognição, que postula que o comportamento humano envolve padrões aprendidos de resposta a estímulos com base nas relações entre eles, padrão esse de resposta, denominado como um operante generalizado - responder relacional derivado. O impacto deste operante puramente funcional é fundamental para a compreensão do comportamento humano, pois se dá sobre a função dos processos comportamentais básicos ou, como afirmam Hayes et al. (2001), “o responder relacional é comportamento operante que afeta os próprios processos de aprendizagem operante” (p. 45). Assim, entende-se que as funções de estímulos podem ser alteradas não somente pelas relações descritas nos processos de condicionamento respondente e operante, mas também via responder relacional arbitrário. Por fim, as competências baseadas na ACT devem se pautar na aplicação do modelo terapêutico (Bennett & Oliver, 2019), que inclui os seis processos de flexibilidade psicológica (aceitação, defusão cognitiva, momento presente, processos de self, valores e ações com compromisso).

As competências listadas por Luoma et al. (2007) expõem uma série de habilidades para a proficiência de um trabalho em ACT. Fundamentalmente, a habilidade mais importante seria a de discriminar processos de flexibilidade psicológica relevantes para intervenção. Uma versão compactada destas competências foi elaborada por O’Neill et al. (2019) em uma escala que exhibe 25 competências terapêuticas, operacionalizadas, chamada de Medida de Fidelidade em ACT (*ACT Fidelity Measure*;



ACT-FM) e que foi traduzida e adaptada com a permissão dos autores para os propósitos do presente estudo.

### **Objetivo**

Conforme descrito nas seções anteriores, para a ACT ser uma terapia eficaz o terapeuta deve obter domínio teórico-prático sólido, o que implica em conhecer bem os textos-base, saber manejar apropriadamente e, em algum grau, aplicar os processos ensinados em ACT em sua própria vida pessoal (Walser, 2019). Embora haja uma eclosão de *workshops* e treinamentos em terapias contextuais, Luciano et al. (2016) apontam algumas barreiras para o aprendizado em ACT. Dentre elas, a falta de treinamentos básicos e com aprendizagem sistematizada e a dificuldade experiencial dos terapeutas iniciantes na aplicação de ACT.

O objetivo do presente estudo é realizar a avaliação do efeito de um *workshop* focado no desenvolvimento das competências terapêuticas em ACT em um delineamento quase-experimental em indivíduos iniciando o treinamento em psicoterapia. A justificativa pelo delineamento se deve ao fato de que na condição do presente estudo em um ambiente natural de *workshop* torna-se difícil o controle total das variáveis em todas as fases da pesquisa, de maneira que em um delineamento quase-experimental o controle das variáveis não necessita ser total (Kazdin, 2011).

### **Método**

***Delineamento*** O presente estudo adota um Delineamento Quase-Experimental de Sujeito Único.

***Variáveis*** No presente estudo, as variáveis dependentes mensuradas correspondem às categorias do instrumento ACT-FM, mensuradas pela observação do comportamento dos participantes por observadores, além do questionário de conhecimentos em ACT

(AKQ) e a variável independente utilizada foi o próprio *workshop* de duração de 12 horas.

### **Participantes**

Para o presente estudo foi necessário o recrutamento de participantes que preenchessem os critérios de inclusão: (1) Psicólogos(as) com atuação na clínica com no máximo dois anos de formação ou (2) Estudantes de último ano de graduação em Psicologia que já tenham iniciado seus atendimentos clínicos. Tiveram como critério de exclusão: (1) Participantes com mais de dois anos de formação em Psicologia; (2) Participantes que estivessem no quarto ano ou anterior do curso de Psicologia; (3) Participantes que já tivessem feito algum treinamento em ACT (ex: formação, *workshop* experiencial); (4) Participantes que trabalhassem com ACT. O critério “ter realizado leituras em ACT” não foi considerado um critério de exclusão pois considera-se que a leitura de um manual dificilmente se traduz em habilidade clínica.

Como forma de recrutamento, foi desenvolvido um *flyer* virtual com divulgação nas redes sociais e elaborado um questionário via Formulários Google. Houve 246 respondentes no total. Destes, 183 preenchiam critério para a participação no estudo. Dos 183 participantes, foram selecionados aleatoriamente 12 (doze) participantes numerados de 1 a 183 pelo site <https://sorteador.com.br>. Estes 12 (doze) participantes foram os participantes que compuseram o *workshop*. Como sujeitos-alvo de interesse, dois ( $n = 2$ ) participantes foram selecionados pelo mesmo site para terem seu comportamento avaliado para os propósitos do presente estudo. Todos os participantes receberam a mesma intervenção e todos foram contatados com uma semana de antecedência de início do estudo para confirmar a participação neste, via WhatsApp.

O Sujeito 1 é psicólogo, com um ano de formação e atuação clínica e já realizou algumas leituras sobre ACT, mas nunca participou de treinamentos na área. A Sujeito 2 é psicóloga, com dois anos de formação e atuação clínica, e apenas ouviu falar sobre a ACT, mas nunca se aprofundou (nem leituras nem treinamentos).

O Treinador-Pesquisador é psicólogo, com 6 anos de formação e atuação clínica, já tendo realizado treinamentos em ACT sob a tutela de autores criadores e desenvolvedores da abordagem como Kelly Wilson, Robyn Walser, Kirk Strosahl, Niklas Törneke, Emily Sandoz, Yvonne Barnes-Holmes e Carmen Luciano, além de já ter ministrado por si só 11 workshops em ACT, 6 em RFT, e mais de 20 aulas didáticas sobre os temas ACT-RFT.

A Observadora 1 é psicóloga, com 4 anos de formação e atuação clínica, com experiência em ACT e já realizou treinamentos com autores e desenvolvedores da abordagem em congressos internacionais.

O Observador 2 é psicólogo, com 11 anos de formação e atuação clínica, com experiência em ACT e na condução de treinamentos em ACT. Já realizou treinamentos com diversos autores criadores e desenvolvedores da abordagem.

### **Observadores**

Foi conduzido um teste de fidedignidade da classificação das interações por três observadores independentes: o pesquisador deste estudo e outros dois observadores experientes em ACT e com familiaridade com os termos.

### ***Treino de Observadores***

Embora os observadores independentes sejam experientes em ACT, nenhum deles possuía familiaridade com a ACT-FM. Para tanto, foi feito um treino de

observação conforme as instruções delineadas na elaboração da ACT-FM. Junto do pesquisador na plataforma Zoom, em sessões separadas com cada observador, foi mostrado o instrumento em minuciosos detalhes e eventuais dúvidas do preenchimento deste foram esclarecidas.

Para o treino de observação, o pesquisador deste estudo exibiu um vídeo de *role-play* em ACT, legendado em português, desempenhados pela Profa. Dra. Robyn Walser, terapeuta e treinadora experiente em ACT (fonte: Manual *Learning ACT*). Os observadores foram instruídos da seguinte maneira:

*Você irá assistir a uma interação terapêutica de role-play. Neste momento, você deve apenas assistir à interação. Ao final desta, quando solicitado por mim, você fará sua avaliação do que foi assistido com os itens da ACT-FM. Alguma dúvida?*

### **Instrumentos**

Foi entregue aos participantes, para preenchimento no início do workshop, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) desta pesquisa e um questionário de conhecimentos em ACT conforme utilizado no estudo de Luoma e Vilaradaga (2013).

***Questionário de conhecimentos em ACT*** é uma medida pré e pós adotada para avaliação do impacto do aprendizado teórico de um workshop que consiste em 16 itens com respostas de múltipla escolha (itens a, b, c e d) com apenas uma afirmativa correta em cada.

***ACT Fidelity Measure (ACT-FM)***<sup>1</sup> é um instrumento elaborado com a finalidade de categorizar comportamentos de terapeutas em ACT. A ACT-FM é dividida em 25

---

<sup>1</sup> A ACT-FM foi traduzida e adaptada para este estudo com consentimento e autorização de seus autores

comportamentos, operacionalizados, divididos entre repertórios consistentes com ACT e inconsistentes com ACT, seguidos de uma pontuação para cada comportamento de 0 a 3, sendo: 0 = este comportamento nunca ocorreu; 1 = o terapeuta raramente demonstra este comportamento; 2 = o terapeuta às vezes demonstra este comportamento; 3 = o terapeuta demonstra consistentemente este comportamento. Ao final da mensuração, é realizada uma somatória de 0 a 9 para cada categoria (e. g., Postura Terapêutica ACT Consistente versus inconsistente) e de 0 a 36 (0-36) para as categorias totais ACT Consistente e ACT Inconsistente entre os repertórios.

### **Procedimento**

Os participantes são informados de que o workshop será gravado em sua duração total. O treinador entrega, então, o TCLE e questionário de conhecimentos em ACT para os participantes. Em seguida, o treinador inicia a explicação da avaliação da linha de base dos participantes: O pesquisador solicita um role-play onde instrui a um participante do workshop (não sendo os participantes-alvo do estudo) a realizar o papel como cliente enquanto os outros participantes do estudo se alternam de forma a se comportar de maneira a mostrar seu repertório terapêutico.

### ***Medida Pré***

Inicialmente, aos participantes são dadas as boas-vindas, eles são avisados que o workshop será gravado em sua totalidade durante os dois dias e lhes é solicitado o preenchimento do questionário de conhecimentos em ACT.

### ***Avaliação de Linha de Base***

Finalizado o preenchimento, é passada a seguinte instrução de forma vocal e escrita em um slide para os role-plays:

*“Iniciaremos com um role-play para avaliarmos a habilidade terapêutica de vocês neste momento do workshop. Faremos alguns role-plays ao longo dos dois dias. Um role-play, como o termo do inglês diz, é uma encenação onde um de vocês irá definir um papel (role) para atuar (play) sobre. Neste nosso contexto de treino, um exemplo seria um de vocês participarem de um role-play falando sobre questões como se fossem suas. É esperado que vocês tragam as características pessoais de vocês nestes exemplos, portanto, não avaliaremos as habilidades cênicas de vocês. Farão em duplas: um atuará como paciente e o outro como terapeuta. Ambos terão oportunidade de estar nos dois papéis, então vocês terão a oportunidade de trocar quando sinalizado para tal. Todo mundo irá praticar. Cada momento de role-play tem a previsão de levar em torno de 20 minutos, sendo 10 minutos para cada um de vocês e uma discussão breve de 5 minutos após. Alguma dúvida?”*

Os participantes, em seguida, são divididos em salas do Zoom (breakout rooms) e o pesquisador coloca o timer de 10 minutos para cada um. Ao final dos 10 minutos, os participantes são removidos de suas salas, avisados sobre a troca de papéis, e são adicionados às mesmas salas do Zoom novamente.

### ***Exposição Didática de Conteúdo***

Ao longo dos dois dias de workshop, os participantes foram introduzidos à ACT através do seguinte percurso em ordem: (1) Contextualismo Funcional, Análise do Comportamento e RFT, (2) ACT, Flexibilidade Psicológica e os Seis Processos, (3) Relação Terapêutica, (4) Desesperança Criativa, (5) Abertura (Aceitação e Desfusão), (6) Consciência (Momento Presente e Self) e (7) Compromisso (Valores e Ações com Compromisso). No primeiro dia os pacientes foram expostos aos conteúdos de (1) a (4) e no segundo dia os conteúdos de (5) a (7).

### ***Role-plays***

Finalizada uma sequência de conteúdo, os participantes eram expostos à situações de role-play. Para tanto, levando em conta a competência a ser treinada, o treinador apresentava uma definição desta [competência] e realizava uma demonstração com um dos participantes que não fossem os sujeitos-alvo através de uma descrição hipotética de caso clínico. Os participantes, todos, eram instruídos a prestar atenção na interação treinador-participante e, na sequência, eram adicionados aos *breakout rooms* do Zoom.

### ***Medida Pós***

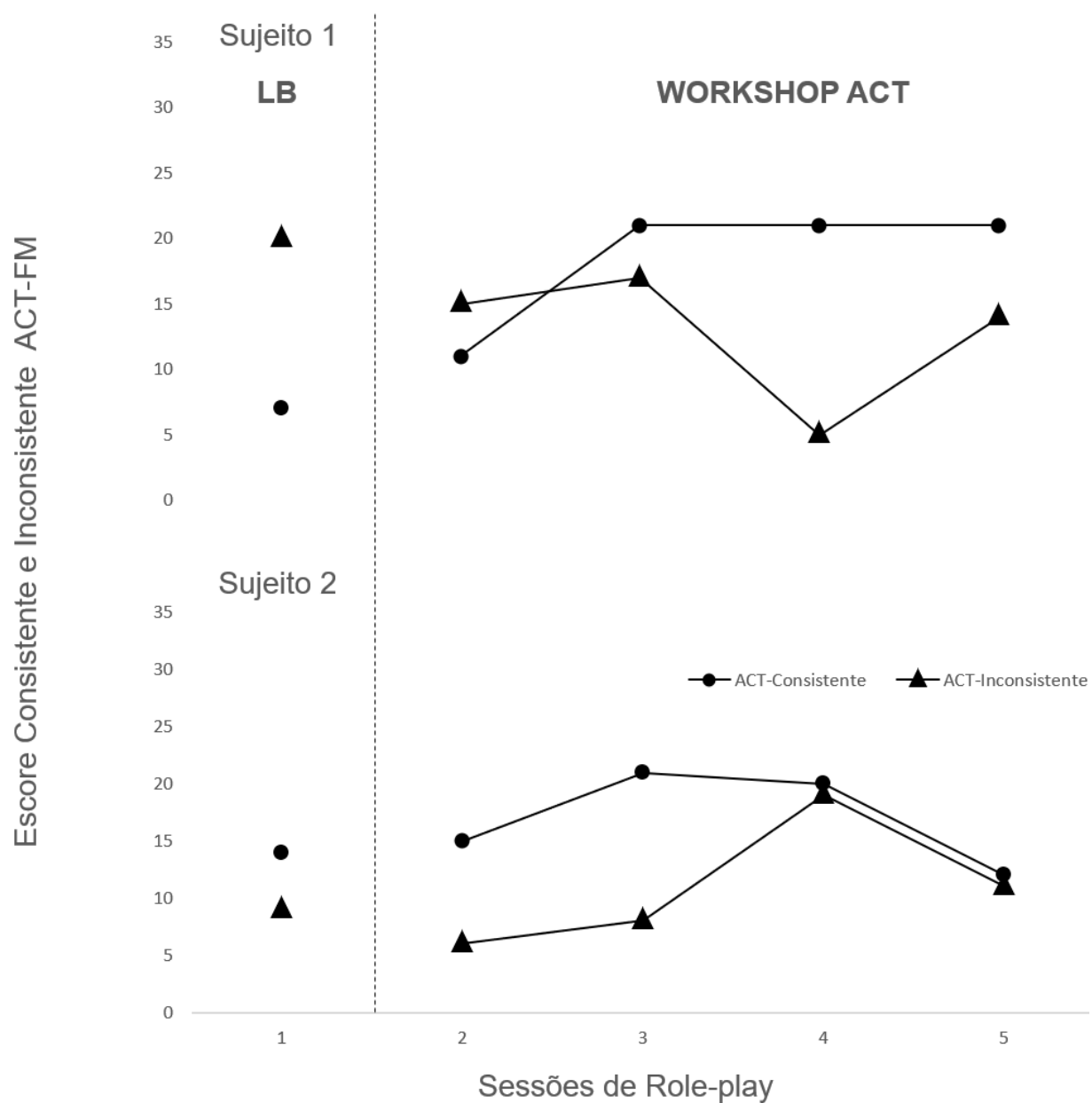
Ao final do segundo dia do workshop, os participantes são solicitados a novamente preencherem o questionário de conhecimentos em ACT que haviam preenchido antes de seu início.

### **Resultados**

Ambos os participantes completaram os dois dias de workshop. A Figura 2 representa o gráfico do desempenho dos Sujeitos 1 e 2, respectivamente, referente a repertórios Consistentes e Inconsistentes com ACT segundo o escore da ACT-FM. A porção esquerda (Sessão 1) faz referência ao escore na *Linha de Base* para cada sujeito; nesta fase, o Sujeito 1 pontuou 7 (sete) para Consistente e 20 (vinte) para Inconsistente, enquanto Sujeito 2 pontuou 14 (catorze) para Consistente e 9 para Inconsistente. A porção direita do gráfico (Sessões 2 a 5) se refere aos resultados após a implementação da intervenção do workshop e seu desempenho neste. Na sessão 2, Sujeito 1 pontuou 11 (onze) para Consistente e 15 (quinze) para Inconsistente enquanto Sujeito 2 pontuou 15 (quinze) para Consistente e 6 (seis) para Inconsistente. Na sessão 3, Sujeito 1 pontuou

21 (vinte e um) para Consistente e 17 (dezesete) para Inconsistente enquanto Sujeito 2 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 8 (oito) para Inconsistente. Na sessão 4, Sujeito 1 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 5 (cinco) para Inconsistente e Sujeito 2 pontuou 20 (vinte) para Consistente e 19 (dezenove) para Inconsistente. Por fim, na sessão 5, Sujeito 1 pontuou 21 (vinte e um) para Consistente e 14 (catorze) para Inconsistente enquanto Sujeito 2 pontuou 11 para Consistente e 11 para Inconsistente.



**Figura 2***Gráfico ACT-FM Consistente x Inconsistente*

*Figura 2.* Resultados do Escore Consistente X Inconsistente de acordo com a ACT-FM para Sujeitos 1 e 2, respectivamente, ao longo de 5 sessões. A pontuação se dá pela somatória total de cada repertório avaliado. A pontuação ACT-Consistente é representada por um círculo e ACT-Inconsistente por um triângulo

Os resultados apresentados são referentes ao escore ACT-FM avaliados pelo pesquisador. A concordância média, em porcentagem, para Observador 1 foi de 80% (oitenta por cento) para Sujeito 1 na avaliação ACT-Consistente e 47% (quarenta e sete por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Sujeito 2, a concordância média, em porcentagem, foi de 72% (setenta e dois por cento) na avaliação ACT-Consistente e 60% (sessenta por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Observador 2, a concordância média em porcentagem foi de 51% (cinquenta e um por cento) para Sujeito 1 na avaliação ACT-Consistente e 56% (cinquenta e seis por cento) para o mesmo sujeito na avaliação ACT-Inconsistente. Para Sujeito 2, a concordância média em porcentagem foi de 70% (setenta por cento) na avaliação ACT-Consistente e 21% (vinte e um por cento) na avaliação ACT-Inconsistente.

A Figura 3 representa o gráfico dos resultados por cada habilidade ACT-Consistente desenvolvida em cada fase do experimento: Postura Terapêutica (PT), Abertura (Abt), Consciência (Cons) e Compromisso (Comp). Na sessão de *Linha de Base* (LB): Sujeito 1 apresentou avaliação de 2 (dois) pontos para Postura Terapêutica, 1 (um) para Abertura, 0 (zero) para Consciência e 4 (quatro) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 3 (três) para Abertura, 3 (três) para Consciência e 5 (cinco) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Postura Terapêutica* (PT), Sujeito 1 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 4 (quatro) para Abertura, 2 (dois) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 6 (seis) pontos para Postura Terapêutica, 3 (três) para Abertura, 4 (quatro) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Abertura* (Abt),

Sujeito 1 apresentou avaliação de 6 (seis) pontos para Postura Terapêutica, 7 (sete) para Abertura, 6 (seis) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura Terapêutica, 6 (seis) para Abertura, 7 (sete) para Consciência e 3 (três) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Consciência* (Cons), Sujeito 1 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura Terapêutica, 7 (sete) para Abertura, 7 (sete) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 3 (três) pontos para Postura Terapêutica, 9 (nove) para Abertura, 6 (seis) para Consciência e 2 (dois) para Compromisso. Na sessão em que o repertório-alvo treinado era de *Compromisso* (Comp), Sujeito 1 apresentou avaliação de 5 (cinco) pontos para Postura Terapêutica, 5 (cinco) para Abertura, 4 (quatro) para Consciência e 7 (sete) para Compromisso; na mesma sessão, Sujeito 2 apresentou avaliação de 2 (dois) pontos para Postura Terapêutica, 2 (dois) para Abertura, 2 (dois) para Consciência e 6 (seis) para Compromisso. Um ponto importante de apontar referente a este escore é de que a medida adotada avalia todos os comportamentos ocorridos em uma sessão mesmo que a habilidade não tenha sido expressamente treinada.

Figura 3

Gráfico por Repertório da ACT-FM

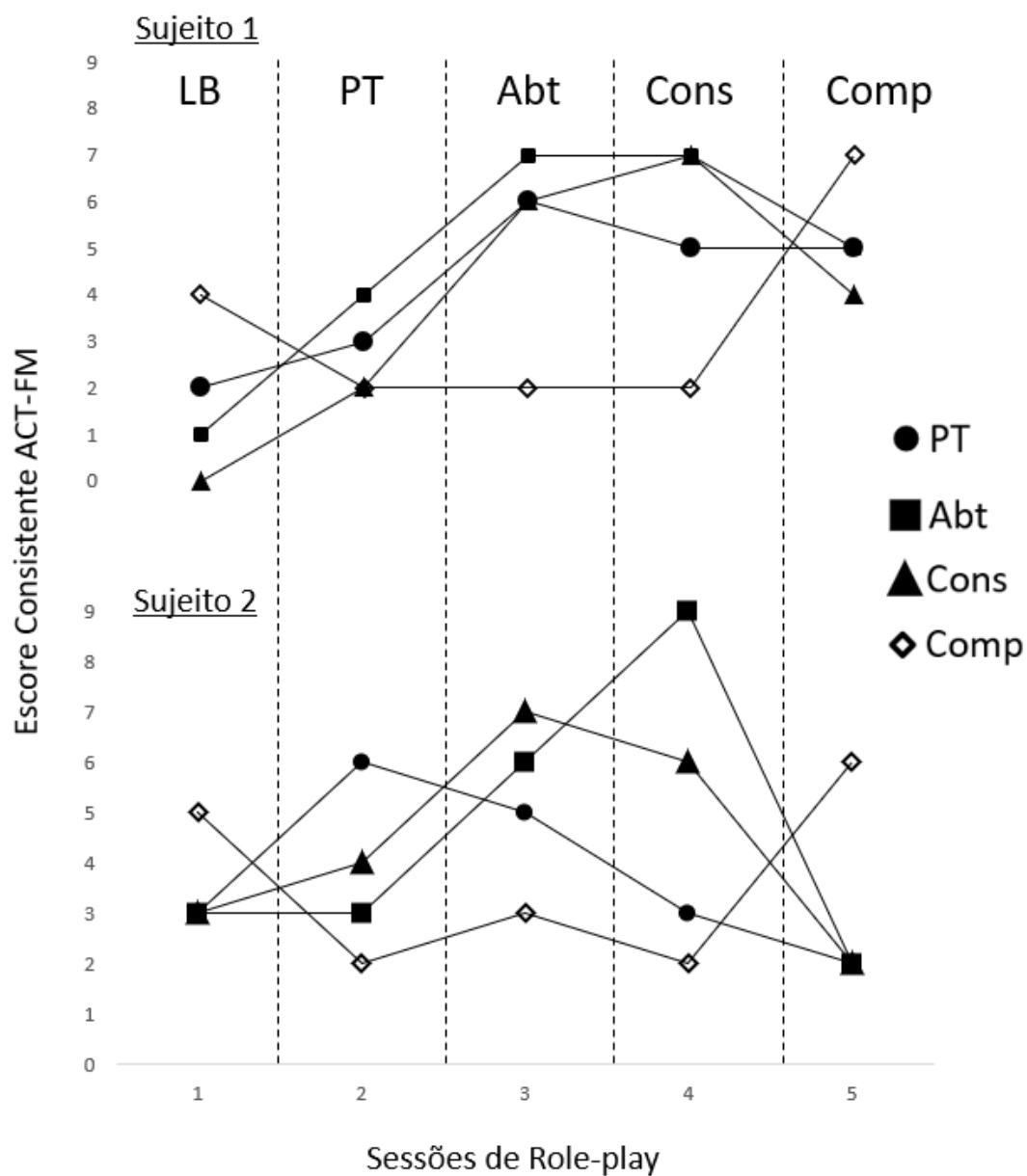
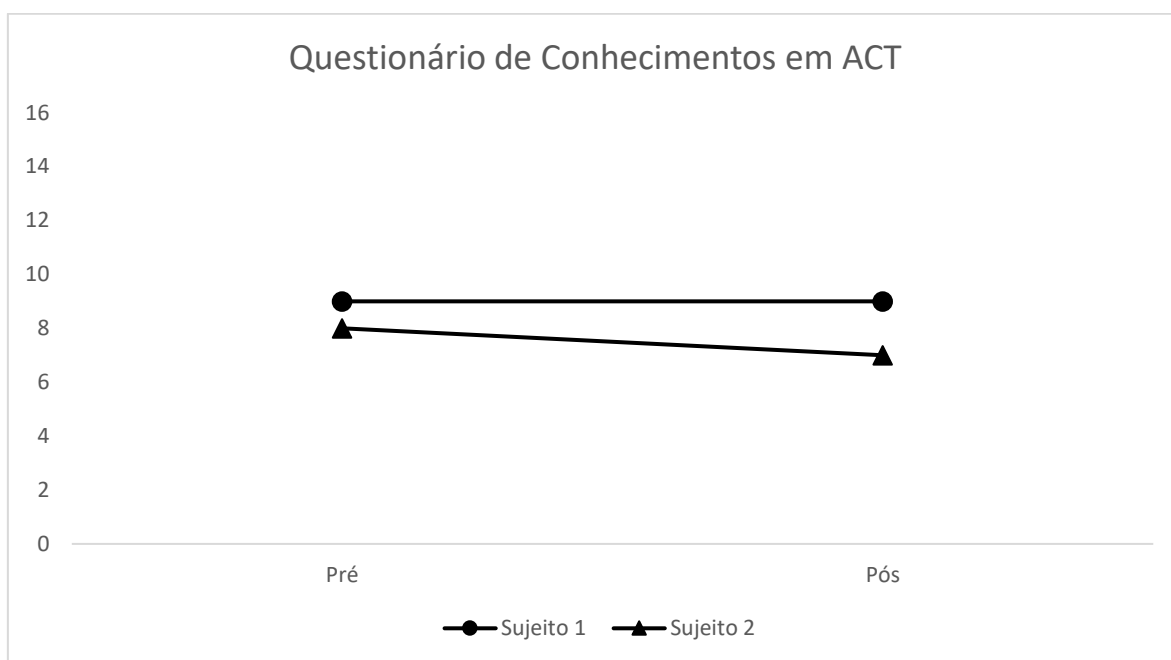


Figura 3. Gráfico destacando a habilidade treinada em cada fase (sessão de role-play) do *workshop*. Os dados são de ambos os sujeitos para as habilidades ACT-Consistente. A Postura Terapêutica (PT) é representada por um círculo, a Abertura (Abt) por um quadrado, a Consciência (Cons) por um triângulo e Compromisso (Comp) por um losango.

A Figura 4 representa os resultados Pré-workshop e Pós-workshop sobre conhecimentos em ACT mensurados pelo Questionário de Conhecimentos em ACT. O Sujeito 1 obteve pontuação 9 (nove) Pré-workshop e 9 (nove) Pós-workshop. A Sujeito 2 obteve pontuação 8 (oito) Pré-workshop e 7 (sete) Pós-workshop.

**Figura 4**

*Resultado do Questionário de Conhecimentos em ACT (AKQ).*



*Figura 4.* Resultados do questionário de conhecimentos em ACT pré-workshop e pós-workshop para cada sujeito. A pontuação pré-pós do Sujeito 1 é representada por um círculo e a pontuação pré-pós de Sujeito 2 é representada por um triângulo.

### **Discussão**

O presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto de aprendizagem de habilidades terapêuticas em ACT no formato de *workshop* de dois dias sobre terapeutas iniciantes em uma condição de delineamento quase-experimental de sujeito único.

Considerando os dados apresentados, é possível notar que a intervenção no formato de *workshop* foi capaz em produzir mudanças nas competências para aplicação da ACT. Tais dados sobre a mudança serão discutidos a seguir.

O presente estudo é o primeiro<sup>2</sup> a avaliar os efeitos de aprendizagem em ACT em apenas um *workshop*<sup>3</sup> em uma condição de sujeito único. Foram avaliados dois sujeitos iniciantes que demonstraram ganho de habilidades terapêuticas em ACT ao longo das 12 horas de *workshop*. Os presentes achados sugerem que é possível, apesar de limitado, obter alguma mudança no escore de aprendizado de habilidades terapêuticas em ACT em apenas dois dias de *workshop* introdutório. Embora um *workshop* não seja o método central para desenvolvimento de habilidades terapêuticas, é um bom ponto de partida para interesse no assunto.

O aprendizado de um repertório é mais eficaz quando se há modelagem deste, ou seja, quando consequências são apresentadas de maneira contingente à resposta-alvo em questão (Skinner, 1982). Na condição das habilidades avaliadas, o treino realizado antes de cada sessão experimental foi ao de assistir à uma interação terapêutica enfatizando uma habilidade e tentar desempenhá-la em seguida. Falamos de um caso, então, onde houve controle instrucional para subsequente demonstração de habilidades. Organismos verbais comportam-se de maneira majoritariamente verbal, portanto qualquer estímulo pode funcionar como regra se assim estiver fazendo parte de uma rede relacional coerente. Funções são contextualmente controladas (*Cfuncs*), de forma que se interagem mutuamente com relações contextualmente controladas (*Crels*), e que possibilitam a um indivíduo ao assistir a uma interação terapêutica a derivar relações para execução de

---

<sup>2</sup> De que se tem conhecimento segundo a revisão bibliográfica realizada.

<sup>3</sup> Long e Hayes (2018) avaliaram os efeitos de aprendizado em ACT em apenas um *workshop* em uma condição de delineamento de grupo.

habilidades (Barnes-Holmes et al., 2020). Portanto, não é necessariamente o método mais eficaz de se instalar um novo comportamento, porém não deixa de ser um meio útil pois o ato de ensinar irá envolver, invariavelmente, controle instrucional (Greer, 2002).

Sobre o desempenho dos indivíduos, faz-se necessário discutir a seguinte questão: por que um indivíduo (Sujeito 1) apresentou um bom desempenho em relação a proposta do *workshop* enquanto a outra pessoa (Sujeito 2) teve uma queda de desempenho ao final? Conforme mencionado anteriormente, uma habilidade chave para aprimorar as habilidades no trabalho com ACT consiste mais do que apenas identificar aspectos dos seis processos fundamentais, mas, também, em como responder funcionalmente a estes processos quando evocados em uma interação. De fato, há sempre o risco de intervenções ACT serem utilizadas mais topograficamente (de acordo com o que o livro diz) do que funcionalmente (de acordo com o que o cliente precisa) (Twohig & Hayes, 2008).

Desenvolver flexibilidade psicológica não é uma tarefa que se requer tempo longo, tendo em vista algumas abordagens da ACT terem o foco de intervenções breves (Dochat et al., 2021; Strosahl et al., 2012), em especial quando o foco da intervenção é mais central e direcionado (Gil-Luciano et al., 2019; Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018). A dificuldade talvez resida em como prover a um terapeuta a habilidade necessária para promover flexibilidade psicológica em outros clientes. Isso, necessariamente, implica em o terapeuta desenvolver em si próprio tal repertório [de flexibilidade psicológica], compreender a teoria subjacente à ACT e seus seis processos e a atuar de maneira fluida e funcional.

Considerando os resultados do presente estudo, isolar repertórios de ACT para treino é uma tarefa difícil, em especial pois os processos que compõem a flexibilidade

psicológica são indissociáveis; só faz sentido falar em “Aceitação” para um cliente se isso envolver um foco no aqui-e-agora (Momento Presente), notando e distanciando dos pensamentos com conteúdo aversivo (Desfusão) e percebendo a si mesmo enquanto pessoa que nota tais experiências (Self-como-Contexto), enquanto há uma escolha de desenvolver padrões amplos (Ações com Compromisso) influenciados por operações motivadoras verbais [*augmentals*] (Valores).

Considerando o gráfico da Figura 2, onde a Sujeito 2 na Fase 3 apresenta uma alta avaliação em Consciência quando o repertório-alvo era de Abertura e uma alta avaliação em Abertura quando o repertório-alvo era de Consciência, pode-se argumentar novamente sobre a interdependência de tais repertórios. Dificilmente pode uma pessoa ser Aberta sem ser Consciente e vice-versa. Uma hipótese é a de que a Sujeito 2 não “falhou”, mas pode ter sido responsiva às necessidades do cliente no momento.

É de se notar que, conforme Figura 3, ambos sujeitos apresentaram um pico de demonstração de habilidades na terceira sessão; a partir deste ponto, Sujeito 1 mantém estabilidade nas sessões subsequentes e Sujeito 2 mostra um declínio considerável. Pela Figura 2, nota-se que Sujeito 1 respondeu contingentemente às habilidade-alvo e Sujeito 2 demonstrou maior avaliação em habilidades diferentes das exigidas. Ambos os sujeitos, na última fase (sessão 5) apresentaram uma alta avaliação das habilidades de Compromisso em relação às outras. Este resultado não caracteriza, por si só, uma falha ou imprecisão; se refere, no entanto, à complexidade do repertório de flexibilidade psicológica e, em especial, de promovê-lo. É complexo pois os processos de flexibilidade psicológica não são indissociáveis nem indistintos, mas são interdependentes como dito anteriormente. Possivelmente, o que explica a alta avaliação em repertórios de compromisso para ambos sujeitos tem a ver com as topografias



geralmente adotadas como, por exemplo, uma ênfase em “fazer”, “planejar” ou “definir” [metas e objetivos]. Ações com compromisso ocorrem quando um cliente demonstra comportamentos clinicamente relevantes que refletem melhora (Moran et al., 2018). Isso talvez sugira que são respostas mais prontamente observáveis, diferentemente de processos do lado esquerdo do *hexaflex* que são de *mindfulness* e aceitação. O que não torna, necessariamente, tais processos “privados”, mas mais sutis de serem observados por um olhar destreinado (Hayes & Fryling, 2009; Sandoz & Fogle, *no prelo*), visto que terapeutas mais experientes possuem maior variabilidade comportamental e mais sensíveis ao que ocorre em sessão (Donadone, 2004).

Ambos sujeitos eram terapeutas recém-formados (menos de 2 anos de atuação clínica), sendo o Sujeito 1 com conhecimento de leitura prévio em ACT e a Sujeito 2 com nenhum conhecimento em ACT anterior e, embora não esperada a proficiência em apenas dois dias, ambos foram capazes de demonstrar um aumento em todas as habilidades em comparação à condição de Linha de Base na condição de *role-plays* com duração de 10 minutos.

Desenvolver proficiência na utilização da ACT é um processo, que talvez tenha início com a passagem de uma forma mais "mecânica" de compreensão de como os seres humanos funcionam (p. ex., consertar ou manipular a experiência interna, fazendo o cliente parar de ter pensamentos e sentimentos "negativos", a serviço do desenvolvimento de uma "autoestima elevada"), para uma visão funcional do comportamento humano (e. g., trabalhar para avaliar a função de certos pensamentos e sentimentos, a fim de alterá-la; cf. Hayes et al., 2012a). As questões terapêuticas fundamentais mudam de “Qual é o conteúdo dos sintomas? Como eu posso reduzir ou eliminar esses sintomas?” para “Qual é a função desses pensamentos e sentimentos?”

Como eu posso mudar essa função?” e, de modo mais geral, de “Como posso ajudar essa pessoa a se sentir melhor?” para “Como posso ajudar essa pessoa a viver melhor?”.

Um dos aspectos-chave para aprimorar as habilidades de um terapeuta ACT consiste não apenas em ser capaz de reconhecer como os seis processos fundamentais funcionam para criar flexibilidade psicológica, mas também em ser capaz de reconhecer como usar os processos no momento, conforme for adquirindo fluência em ACT.

Pode ser relevante analisar as habilidades ensinadas uma a uma e suas devidas complexidades e particularidades. Tal análise será feita a seguir.

### **A Postura Terapêutica**

A postura terapêutica (e postura sendo uma metáfora para um conjunto de habilidades fundamentais para o terapeuta ACT) é a habilidade mais importante dentro da abordagem (Walser, 2019). É dividida em algumas competências-base e é fundamental para a implementação do modelo completo. A justificativa pelo qual este é o rol de habilidades mais importantes se dá pelo argumento de que o terapeuta é eficaz quando é capaz de modelar flexibilidade psicológica no repertório do cliente, o que implica dizer que o próprio terapeuta já demonstra estes repertórios em sua própria vida. Uma vez que o sofrimento psicológico é entendido como resultante de processos verbais, que produzem um repertório comportamental rígido, limitado, que diminui o acesso a potenciais contingências positivamente reforçadoras, o terapeuta deve ser capaz de realizar análises funcionais guiadas pelos valores, que são descrições de consequências reforçadoras verbalmente estabelecidas – também denominadas por *augmentals* formativos e motivacionais (Wilson & DuFrene, 2009), para implementar intervenções de forma a auxiliar seu cliente na conquista de um repertório comportamental mais flexível (variado) e efetivo a longo prazo (na aproximação das consequências positivamente reforçadoras). Para que isso seja possível, algumas

habilidades essenciais relacionadas à postura terapêutica, demandam que o terapeuta seja capaz de:

(1) modelar e fornecer modelos de tomada de perspectiva (ou de responder relacional dêitico), que envolvem relações de distinção (eu-você), aqui-ali (espacialidade) e agora-então (temporalidade) (McHugh et al., 2009), de tal forma a ampliar o contato do terapeuta com o sofrimento do cliente e permitir que o cliente possa colocar em diferente perspectiva sua própria história;

(2) evocar, na sessão, experiências aversivas relevantes ao caso do cliente de forma a promover habituação e/ou modelar respostas alternativas de responder ao seu próprio comportamento - às emoções, pensamentos ou memórias percebidas pelo cliente como aversivas (i.e. procedimento de exposição, com ou sem prevenção de respostas), emoldurando hierarquicamente estas experiências (como parte da experiência do cliente, observadas desde uma perspectiva mais ampla - ) facilitando assim, a emergência de responder alternativo.

(3) ampliar o repertório de autoconhecimento, facilitando a identificação e descrição de contingências de controle (fortalecer *tracking* - rastreamento - e observar quando os controles verbais são prejudiciais);

Por fim, (4) promover a emergência de autorregras mais efetivas, garantindo a autonomia do processo terapêutico, prerrogativa do compromisso ético do papel do terapeuta.

Em concordância com Walser (2019), observa-se que a postura terapêutica assim descrita, já engloba as habilidades fundamentais que o terapeuta precisa para conduzir um processo terapêutico ético, efetivo para seus clientes.

### **Abertura (Aceitação e Desfusão)**

A aceitação pode ser conceituada como uma classe de respostas de aproximação e/ou a ausência de respostas de fuga ou de esquiva em relação à estimulação aversiva - incondicionada, condicionada ou derivada, em que, ao menos temporariamente, se reduz o controle aversivo exercido por pensamentos, emoções e outros eventos privados, e possibilita o aumento do aparecimento de padrões comportamentais mais alinhados com valores (Blackledge & Drake, 2013). Desfusão é o termo utilizado na ACT para denominar o enfraquecimento do repertório excessivamente rígido de seguimento de regras, de maneira que outras funções verbais, com funções apetitivas, possam prevalecer. Procedimentos de desfusão buscam dismantelar funções restritas e inflexíveis de estimulação privada de uma pessoa (ex., pensamentos, auto regras) de forma a estabelecer um repertório mais amplo e flexível de ação frente a estes. Esquiva experiencial é, portanto, um processo verbal.

O repertório treinado pode ser conceituado como o repertório de diferenciar entre funções de estímulo verbais e não-verbais, portanto maior fluência nesta diferenciação implica em maior flexibilidade relacional (Barnes-Holmes et al., 2017; Tarbox et al., 2020). Esta classe de competências se refere a aumentar respostas de abertura e disponibilidade a estar em contato com eventos privados (percebidos como aversivos) e ao enfraquecimento de respostas de esquiva experiencial. O terapeuta busca evocar no comportamento do cliente novas relações de coordenação entre o modo de controle (as respostas de esquiva experiencial) serem o problema (e não aquilo que se tenta evitar). Uma análise funcional da experiência do cliente tal como ele a apresenta - o que ele identifica como queixa ou problema (em geral sentimentos, pensamentos e situações a estes relacionadas); o que ele faz para "tentar se livrar, controlar" (respostas de esquiva de diferentes topografias); quais as consequências a curto (alívio) médio (retorno dos pensamentos, sensações etc) e longo prazo (perpetuação do sofrimento e

deterioração da qualidade de vida e do bem estar) é promovida para que o cliente passe a identificar o modo como vem funcionando como "o problema" (Törneke et al., 2016). Neste momento (e em outros da terapia), terapeuta gradualmente busca estabelecer uma distinção entre o Eu-dêitico do cliente e seus comportamentos-problema (e.g. "Você não é seu problema; Você não está quebrado, está apenas usando estratégias ineficazes"), o que tende a ser particularmente desafiador devido a altos níveis de coerência relacional (quando o cliente tem uma história longa de reforçamento de relacionar a si mesmo e os problemas que enfrenta como iguais) e baixos níveis de derivação na coordenação do Eu-dêitico com as estratégias ineficazes. É de suma importância que o terapeuta se atente a intervir no comportamento que é fonte de sofrimento para o cliente. Respostas de Esquiva Experiencial e respostas de Aceitação podem apresentar a mesma qualidade funcional antecedente, a de operação motivadora condicionada reflexiva que estabelece sua remoção como reforçador. Esta estimulação aversiva é potencializada e/ou estabelecida via responder relacional arbitrariamente aplicável, portanto o terapeuta deve ser capaz de discriminar estes processos verbais, quando funcionalmente relevantes, e modelar o cliente a emitir respostas de aproximação à estimulação aversiva alterando, assim, eventualmente, suas funções para funções mais apetitivas (de aproximação – valores) pois quando há uma operação motivadora aversiva verbal em vigor, há também uma rede relacional hierárquica estabelecendo valores em oposição à esta rede aversiva (ex., Você percebe como este pensamento/sensação desafiador para você está intimamente ligado ao que é importante?) (Wilson & DuFrene, 2009; Gil-Luciano et al., 2019). A terapia é um ato verbal e nesta classe de competências o destaque se faz para a habilidade do terapeuta em discriminar processos verbais enrijecedores de repertório, como *pliance*, *tracking* inaplicável, *tracking* impreciso e *tracking* que leva à picos adaptativos (Villatte et al., 2015, pp. 50-51). Embora a

habilidade de desfusão envolva a discriminação entre estímulos verbais e não-verbais (contingência verbal x contingência direta), hipotetiza-se que não há, na prática, estímulos não-verbais para um organismo verbalmente competente pois mesmo um simples processo respondente pode ser ampliado, modificado ou transformado por processos verbais (Barnes-Holmes et al., 2020), portanto o terapeuta deverá ter a habilidade de favorecer ao cliente o estabelecimento de novas relações verbais que se sobreponham e/ou alterem a função de outras relações verbais pré-existentes no repertório do organismo (ex., “Estes pensamentos não são o seu problema, mas o que você faz quando eles aparecem parece ser o que te mantém nessa situação”).

Como já mencionado, clientes chegam à terapia tipicamente com altos níveis de coerência relacional do Eu-dêitico com ações ineficazes (exemplo: “Eu não consigo mudar”; “Não gosto do que sinto/penso/faço”; “Minha vida não funciona”, etc.) O terapeuta utiliza ativamente de responder relacional de distinção para estabelecer a diferenciação do Eu-dêitico do cliente com a sua “mente” /seus pensamentos (Ex., “Você não é seus pensamentos”; “Como é ter estes pensamentos?”, “Você tem esse pensamento agora que diz...”) de forma a propiciar respostas operantes mais flexíveis.

### **Consciência (Momento Presente e Self)**

A habilidade de contatar o momento presente envolve rastrear o que está ocorrendo no ambiente naquele momento (Tirch et al., 2019). Em outras palavras, envolve discriminar estímulos funcionalmente relevantes a cada momento. Trabalhando processos de momento presente, as competências terapêuticas apontam fundamentalmente para o processo de modelagem deste repertório, tendo em vista que contatar o momento presente não é uma habilidade comum no mundo Ocidental (Wilson & DuFrene, 2009); tal aprendizagem ocorre tanto por instrução direta (ex: “Note como você está sentindo”; “Você consegue perceber este momento aqui e

agora?"; "Você percebe o que acontece depois de você se comportar assim?") como por autorrevelação do terapeuta (i.e., com molduras espaciais quando o terapeuta fala de seus próprios eventos privados, exemplo: "Eu estou notando agora um aperto no meu peito"). Além disso, uma parcela importante das intervenções de momento presente (ex., *Mindfulness*) envolvem um aumento das funções (*Cfuncs*) de Orientar e Evocar Neutro. Segundo Wilson e DuFrene (2009), questões sobre *self* em ACT se focam no que pode se chamar de  *fusão com o self-conceitual* (Barnes-Holmes et al., 2020). As habilidades envolvidas no *self* como contexto envolvem a redução de controle exercido por regras inflexíveis (altas em coerências e baixas em derivação) em coordenação com o Eu-Dêitico e auxiliam a emergência de novas derivações mais flexíveis a partir de padrões de tomada de perspectiva. Isso possibilita o acesso a padrões de comportamento influenciados por *augmentals* de valor.

Partindo de uma perspectiva funcional, *self* não é uma entidade fixa (Hayes, 2020) mas sim um comportamento modelado, selecionado e retido a partir das interações de um organismo verbal com seu ambiente ao decorrer da vida. Para atingir os objetivos analíticos que a ACT se propõe, enquanto baseada no Contextualismo Funcional, é mais útil falar de *self* como um verbo (*self-ing*) do que um substantivo. Tal conceito envolve a transformação de funções sobre o responder relacional de um indivíduo sobre o próprio responder operante; O *self* seria o resultado de um contínuo responder hierárquico onde o "Eu" é um estímulo de uma rede relacional que contém diversos elementos que se relacionam com esse "Eu" que se relacionam entre si, sempre da mesma perspectiva (eu-dêitico, eu-em-perspectiva) (Luciano, 2017; McHugh et al., 2019)

Ao abordar tais processos, o terapeuta irá atuar de uma maneira muito similar ao abordar processos de desfusão cognitiva: enfraquecer o controle verbal estabelecido

sobre o “Eu”. O foco do terapeuta é mudar o controle verbal de coordenação do “Eu” com características aversivas/negativas apenas (ex: Eu-como-pessoa-ruim; Eu-como-fracasso; Eu-como-sabotador-da-minha-vida) para o controle hierárquico do “Eu” com estas mesmas experiências supramencionadas, visto que o foco da ACT é transformar a função dos conteúdos e não as suas topografias (ex: Ensinar o cliente a observar suas experiências privadas aversivas como *parte* de sua experiência e não como definidoras e preditoras de seu ser). Também o terapeuta buscará ampliar a percepção deste Eu, tornando visível o fluxo de ações que se sucedem momento a momento e como todas fazem parte do Eu. Além disso, conectar as ações com as funções a elas relacionadas e assim permitir que novas ações apareçam, dirigidas a funções apetitivas.

Em sendo um repertório de ordem superior, puramente funcional, o terapeuta utiliza de inúmeras topografias para modelar este repertório controlado hierarquicamente buscando enfatizar a distinção do “Eu” com as experiências que o cliente nota. Visto que o *self* é um comportamento mais bem abordado experiencialmente, o terapeuta utiliza de exercícios na interação terapêutica para aprimorar estes repertórios. Como alguns exemplos de topografias possíveis para isto:

(1) Encorajar a observação de experiências de “Eu” no aqui-e-agora (molduras dêiticas e temporais): “Como *você* se sente *agora?*”; “*Você* sente que está sendo \_\_\_\_\_ [coordenação que o cliente estabelece] *comigo agora?*”

(2) Realizar um treino de múltiplos exemplares (TME) que visa a habilidade de notar o fluxo comportamental e os contextos a eles relacionados, num continuum de complexidade, começando com relações de coordenação: “O que *você* sente? Como é? Onde sente?” e incluindo todas as possíveis relações até as mais complexas – distinção, hierárquicas e dêiticas que incluam eventos e ações imediatas e no tempo futuro: “Isto



que você está me falando é a *mesma coisa* ou é *diferente*?”; “Você nota algo *diferente* em  *você*  comparado a *meses atrás*?”

(3) Encorajar a observação das experiências de “Eu” em diferentes contextos através de uma variedade de contextos via (a) *Crel* dêitico (ex: “Como  *você*  se sente  *quando*  você está numa posição de responsabilidade?”; “Você como pai é  *o mesmo*  ou  *diferente*  de quando você é marido ou aluno?”) (b) *Crel* temporal dêitico (ex:  *Como*  você estava se sentindo  *hoje de manhã* ? Como  *você*  acha que vai se sentir  *ao final do dia* ?) e (c) *Crel* espacial dêitico (ex: “O que  *você*  sente no  *seu peito*  agora?”; “Como  *você*  interage com os outros  *quando*  você está  *ao redor de pessoas que você confia* ?”)

(4) Enfatizar o *Crel* hierárquico entre o “Eu” e a experiência: “Você estava com o pensamento que  *você*  é inútil?”; “Tem  *uma parte de você*  que não se sente confortável aqui?”; “Você me disse que  *um dos seus papéis*  é o de ser estudante, é isso?”).

### **Compromisso (Valores e Ações com Compromisso)**

O aumento de comportamentos alinhados com uma vida valorosa é descrito como o objetivo da ACT (Hayes et al., 2012a; Wilson & Luciano, 2002). Valores podem ser conceitualizados como regras que exercem funções de operações motivadoras verbais (*augmentals*) que aumentam ou diminuem, momentaneamente, a eficácia de estímulos como reforçadores ou punidores (Michael, 1993; Tarbox et al., 2020). No exemplo mais básico, em se tratando de animais não-humanos, operações motivadoras seriam situações de privação de comida ou estimulação aversiva. Em termos brandos, diríamos que um animal não-humano estaria mais motivado em buscar comida se estiver privado desta. Intervenções baseadas em valores, portanto, auxiliam no repertório de seguimento de regras orientadas a reforçadores positivos de longo

prazo em oposição à repertórios de fuga de curto prazo (Blackledge & Drake, 2013; Gil-Luciano et al., 2019).

Mais do que solicitar que o cliente descreva seus valores, o terapeuta irá modelar respostas no momento da terapia que estejam em uma classe hierárquica governada por reforçadores positivos verbais. Comumente, mas não se limitando a, em trabalhar-se valores, o terapeuta abordará temas que envolvam “sentido”, “significado” ou “propósito”. Por serem temas relacionados intimamente em relações de oposição, o trabalho de valores também pode ser abordado através de temas que envolvam sofrimento (Wilson & DuFrene, 2009; Gil-Luciano et al., 2019).

O terapeuta, também, deve atuar como modelo no trabalho de valores, utilizando de autorrevelação quando funcionalmente relevante (e. g., o terapeuta pode dizer, para fins de ilustração, que para ele ser um profissional competente e amável é o que o motiva a continuar o trabalho que faz e inclusive o que o capacita a estar presente com o cliente na sala). Se, no entanto, o terapeuta avaliar que não é capaz de auxiliar o cliente em o que este declara como seus valores (e. g., um cliente homem que pode dizer que seus valores estão em coordenação com o patriarcado) e, respeitando os valores deste cliente e o próprio processo experiencial do terapeuta, o terapeuta pode emitir respostas de fuga como um encaminhamento para outro profissional.

Promover repertórios comportamentais cada vez mais amplos, variados (variabilidade) e complexos é o cerne da flexibilidade psicológica (Bach & Moran, 2009). Desenvolver ações com compromisso é o objetivo final da ACT e descreve uma classe de respostas de comportamentos públicos, socialmente significativos que movam um cliente na direção de seus valores. Treinar ações comprometidas envolve: (1) a discriminação de aspectos do contexto imediato em coordenação com os valores e (2) o

engajamento em comportamentos consistentes com os valores, conforme apropriado para aquele contexto (Moran et al., 2018; Tarbox et al., 2020).

Ações com compromisso são processos intimamente ligados ao trabalho de valores – a distinção se aponta em valores como sendo variáveis de controle e ações com compromisso as respostas-alvo a serem emitidas diante destas variáveis. O terapeuta, ao modelar e selecionar ações com compromisso, pode utilizar tanto de momentos na interação terapêutica para esta modelagem, ou utilizar o momento da terapia como planejamento para emissão de respostas-alvo fora do contexto terapêutico. O terapeuta irá trabalhar para selecionar respostas-alvo relevantes à vida do cliente e à sua conceituação de caso. Ações com compromisso são realizadas sob controle aversivo, o que envolverá sempre algum grau de exposição, então cabe também ao terapeuta identificar variáveis antecedentes aversivas ou variáveis consequentes punitivas que podem funcionar como barreiras para o cliente e promover repertórios de aceitação para a superação destas.

Se o objetivo é a expansão de repertórios comportamentais, o terapeuta ao trabalhar ações com compromisso irá buscar ampliar as diferentes topografias/formas de responder a fim de promover variabilidade comportamental. É importante notar que o terapeuta buscará não apresentar punição diante da emissão das novas respostas-alvo do cliente. Clientes podem por vezes terem objetivos longínquos ou distantes (e. g., um cliente desempregado que assume como objetivo ser *CEO* de uma empresa), o que implica que o terapeuta deve ter a habilidade de manipular variáveis verbais de forma a especificar respostas cada vez mais discretas da classe-alvo de operante generalizado (e. g., o terapeuta pode orientar o cliente a atualizar seu currículo, em seguida a auxiliá-lo a enviar para alguma empresa, depois a preparar-se para uma entrevista, etc.).

## **Implicações para o treino de terapeutas**

Dada a complexidade de tais habilidades e os processos envolvidos, argumenta-se que muito treino (supervisão clínica, ensino formal, workshops etc.) faz-se necessário para o pleno desenvolvimento de habilidades em ACT. Considerando a própria natureza experiencial e humana da ACT, faz-se necessário discutir sobre o processo emocional de terapeutas novos à ACT e suas implicações para a terapia. Como mencionado por Luciano et al. (2016), para ter um bom domínio de ACT é necessário: (1) ter domínio teórico dos fundamentos filosóficos e conceituais que embasam a ACT, (2) se atualizar com a variedade e inovações que o modelo apresenta (Levin et al., 2020), (3) as mudanças dentro do próprio modelo conforme se avançam investigações de processos, (4) a necessidade de um treinamento sistemático e supervisionado para fornecer ferramentas e repertório para atuar com demandas diversas e (5) o terapeuta fazer seu próprio trabalho pessoal emocional para não haver um conflito ou impossibilidade de prestar um serviço adequado.

As terapias contextuais, dentre as quais a ACT se inclui, mas se menciona também outras como FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991) e Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2010), são marcadas por sua ênfase na relação terapeuta-paciente. Como em qualquer interação, em terapia se ativam funções e a terapia é uma relação especial em que o comportamento de um indivíduo afeta o comportamento do outro indivíduo e assim por diante. Isto corrobora com uma famosa afirmação da ACT de “estarmos todos no mesmo barco” pois implica que o terapeuta não está isento do efeito de processos comportamentais e influências verbais. Isso significa que, quando diante de um cliente, o terapeuta sente, pensa e se emociona. Como mencionado no parágrafo anterior, isto é uma peça fundamental para o desenvolvimento de habilidades em ACT e, não à toa, *workshops* e treinamentos em ACT investem uma boa porção em exercícios

experienciais e no cuidado com os participantes justamente para auxiliar no desenvolvimento de repertório de auto-observação por parte dos terapeutas.

### **Questionário**

O *workshop* não se mostrou eficaz em termos de aquisição de conhecimento sobre ACT, visto que S1 obteve a mesma pontuação pré-pós e S2 obteve uma redução de 1 ponto no pós-workshop. Algumas considerações podem ser feitas sobre tal dado. (1) Embora seja necessário haver uma explicação sobre um conceito (ex: o conceito de desfusão cognitiva), não houve um aprofundamento sobre as temáticas da ACT assim como não fora passado conteúdo de leitura prévia para a participação do workshop. Dos participantes, S1 relatou já ter lido sobre ACT e S2 era seu primeiro contato. A avaliação de conhecimentos em ACT empregada fora feita em um formulário com questões de múltipla escolha, o que possibilita a condição de “chute” para as questões. Também se faz necessário falar sobre a própria natureza do *workshop* ser um contexto de treino de habilidades e não de uma aula expositiva didática que faz parte de um currículo acadêmico (ex: especialização). Questionários podem ser úteis em evitar dificuldades interpretativas que são, naturalmente, enfrentadas por observadores independentes, porém ter conhecimento teórico-conceitual sobre ACT e os processos de flexibilidade psicológica não prevê a aquisição de habilidade para discriminação de tais processos e a capacidade de influenciá-los, visto que tal habilidade é tida como crucial para a aplicação da ACT (Luoma et al., 2007; Wilson et al., 2009, pp. 23-43; Hayes et al., 2012a, pp. 103-140). Um questionário diz respeito, então, à repertórios intraverbais (Skinner, 1957) o que diz pouco sobre a capacidade de um indivíduo de demonstrar habilidades terapêuticas.

### **Limitações**

O presente estudo conta com limitações importantes para serem avaliadas para estudos posteriores e a discussão dos dados referentes às habilidades avaliadas será feita sob essa ótica. A primeira delas faz referência a comparação dos dados. Conforme apontado na revisão de literatura de estudos sobre treinamento em ACT, todos os estudos avaliados implementaram delineamentos de grupo o que impossibilita a comparação dos resultados obtidos nesse estudo. Embora não mais adequado para comparação tendo em vista o escopo desse estudo, é importante mencionar o trabalho de Fonseca (2016) que buscou avaliar os impactos de um workshop em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), em uma condição de sujeito único, sobre a aquisição de habilidades terapêuticas na modalidade e o impacto subsequente em clientes, onde obteve como resultado a aquisição de competências em FAP por parte dos terapeutas. Futuros estudos podem se dedicar a investigar condições de treinamento de terapeutas em delineamentos de sujeito único para ter efeito de comparação.

Outra limitação importante a ser destacada se dá sobre o estudo, em seu planejamento inicial, contar com 6 pontos de medida (role-plays), porém a execução contou com apenas 5 devido a um imprevisto na data da coleta onde os participantes levaram um tempo considerável (aproximadamente 30 minutos) para preencher o questionário de conhecimentos na fase pré-workshop, o que inviabilizou a execução de mais uma fase de treino de habilidades. Futuros estudos podem solicitar o preenchimento do questionário de conhecimentos em um momento anterior e posterior ao workshop ao invés de durante.

Ambos sujeitos obtiveram um aumento de habilidades consistentes ao longo do *workshop*, atingindo um pico na terceira sessão e pode-se notar no caso de S1 uma estabilidade do nível de competência e, em S2, uma queda em comparação à fase de linha de base. S1, embora obtendo a mesma pontuação nas fases 3 a 5, demonstrou um

aumento de comportamentos inconsistentes com ACT de acordo com o instrumento. Isso levanta a questão de validade interna referente à história e maturação: um relato comum a todos os participantes foi a de se sentirem cansados ao final do segundo dia de workshop. Estudos posteriores podem investigar se mais dias de *workshop* com menor duração (ex: 4 dias de 3 horas de duração) podem alterar este efeito bem como os resultados. A heterogeneidade da amostra, porém, pode ser considerada útil para mitigar os efeitos de história e maturação.

Em termos de validade interna referente à instrumentação, discute-se sobre o instrumento utilizado (ACT-FM). Considerando o escopo do instrumento, a ACT-FM não é uma medida de frequência do responder, ou seja, ela não é desenhada para apontar a ocorrência do comportamento em categorias discretas quando estas ocorrem. Ao invés disso, a orientação para utilização desta segundo seus elaboradores, é de pontuar em uma escala Likert se alguma instância de um repertório ocorreu em sessão após tê-la assistido. Fala-se, então, de uma medida que quantifica o comportamento. Embora seja apontada de alta confiabilidade em acordos entre observadores (O'Neill et al., 2019), sugere-se que ela pode vir a ser passível de desvios em concordância em delineamentos de sujeito único (Reeve et al., 2021). O ponto sobre desvio de concordância faz análise referente à técnica Delphi (Dalkey & Helmer, 1963), utilizada para elaboração da medida. A técnica Delphi tem como objetivo coletar avaliações de profissionais experts em um determinado assunto para identificar consensos. Como apontado pelos próprios autores, o instrumento ao apontar para comportamentos consistentes-inconsistentes enfatiza a atenção à topografia do comportamento e não à sua função. Este é, no entanto, um grande desafio em termos de medidas de processos em psicoterapia uma vez que categorizar envolve, necessariamente, uma atenção a ocorrências da topografia de uma resposta-alvo a despeito de sua função no momento. Como sugerido por

Zamignani (2007), uma alternativa para estudos futuros pode ser a de em um primeiro momento avaliar apenas a topografia para, em uma segunda oportunidade, avaliar a função da mesma interação terapêutica assistida. Ao que indica, o método de avaliação pode ser refinado para auxiliar o treinamento em ACT baseado em processos (Long & Hayes, 2018).

Ainda no ponto do parágrafo anterior, um limite importante se refere ao treino de observadores. O AEO médio apresenta inconsistência e, com exceção ao AEO Médio de S1 ACT-Consistente, não está de acordo com os padrões de pesquisa com delineamento de sujeito único (Kratochwill et al., 2012). Uma explicação para tal limitação pode-se atrelar ao treino realizado em si. Somente uma sessão de treino fora realizada com cada observador independente, bem como os observadores assistiram às interações gravadas dos sujeitos e realizaram as categorizações na ausência do pesquisador. Cooper e colaboradores (2007) apontam para a importância de as medidas em casos de sujeito único serem realizadas simultaneamente na presença do pesquisador responsável. Pode-se avaliar três cuidados importantes para adereçar tais questões em futuros estudos: (1) Realizar um treino mais extensivo e cauteloso a fim de mitigar desvios de concordância, (2) realizar as avaliações simultaneamente ao longo da categorização e (3) correlacionar as classificações dos observadores das sessões com a melhora dos clientes; no caso, adotar, também, uma medida que avaliasse melhora também na execução do role-play. (Long & Hayes, 2018; Walser et al., 2013; Strosahl et al., 1998).

Sobre validade externa, algumas limitações são brevemente consideradas. Futuros estudos poderiam avaliar se outras populações (ex: terapeutas experientes em ACT) obteriam resultados similares.



Uma questão importante sobre validade externa se faz sobre a reatividade ao tipo de avaliação. Kazdin (2011) aponta que a interpretação dos dados pode ser tornar restrita quando sujeitos sabem se ou quando as observações estão sendo feitas. Participantes relataram que a condição de estarem sendo gravados foi um fator que influenciou a sua conduta terapêutica (muitos relataram se sentirem inibidos ao longo dos dois dias). Considerando a natureza experiencial da ACT, uma variação do presente estudo poderia a de adicionar às práticas experienciais do *workshop* exercícios buscando promover a defusão dos pensamentos de avaliação e abertura para o desconforto relacionado à uma gravação.

Uma última limitação importante a ser discutida se refere à validade dos dados: o presente estudo apresentou somente uma fase de linha de base para ambos sujeitos, não apresentando, então, uma estabilidade dela de forma a prever o comportamento dos indivíduos naquela condição. Futuros estudos podem adicionar mais duas fases de linha de base e verificar se a categorização mantém a tendência.

### **Considerações Finais**

O presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto de aprendizagem de habilidades terapêuticas em ACT no formato de *workshop* de dois dias sobre terapeutas iniciantes. A intervenção foi efetiva em demonstrar mudança em comparação à linha de base de ambos sujeitos, sendo assim interpretada como uma intervenção útil ora como ponto de partida para treinamento em ACT ora como ponto complementar à formação de terapeutas.

Apesar de contar com limitações consideráveis, um avanço da presente pesquisa foi buscar investigar treinamento de terapeutas em ACT na perspectiva de delineamento

de sujeito único. Direções futuras apontam para variações do delineamento, medidas e dos settings a fim de verificar o impacto sobre os dados.

Métodos de disseminação de Práticas Baseadas em Evidências (PBE) em Psicologia, como workshops, são conhecidos por serem fontes não-confiáveis de aquisição de habilidades *per se* (Herschell et al., 2010), em parte por não apresentarem medidas eficazes e validadas de mensuração de habilidades terapêuticas (McHugh & Barlow, 2010; Schoenwald et al., 2011). Possivelmente, a questão talvez não se resume à qual medida é a melhor medida, mas como utilizar alguma medida de maneira que dê conta do escopo da função de um comportamento, para além de melhor categorização de topografias mais específicas ou minuciosas. Como sugerido por Walser e colaboradores (2013), *workshops* por si só não são suficientes para desenvolvimento de competência em ACT e devem ser implementados juntamente com outros settings para correlações importantes (ex: avaliar o impacto sobre melhora de clientes; realizar supervisão pós-*workshop*).

O campo das práticas baseadas em evidências (PBE) em psicoterapia se depara com o desafio de responder a algumas questões: (1) de quando é possível dizer que um terapeuta foi treinado adequada e competentemente (2) quais são os processos de aprendizagem em que a exposição a um modelo terapêutico pode modificar as respostas de um terapeuta à estímulos em uma sessão de terapia (3) se o aprendizado de um terapeuta pode ser analisado com precisão suficiente para informar o próprio treinamento e, portanto, melhorar a qualidade de vida dos clientes e (4) quais medidas podem ser benéficas em termos de previsão e influência do comportamento de terapeutas sobre o impacto da qualidade de vida dos mesmos clientes .

Com a eclosão de cursos no mercado de formação em psicologia, nem todos sendo acessíveis financeiramente considerando um país como o Brasil e, considerando o

campo da CBS ser sobre tratamentos baseados em evidências, urge a necessidade de avaliações rigorosas de métodos de ensino baseados em evidência (Treinamento Baseado em Evidências) também. Este trabalho foi um esforço de investigação inicial para futuros pesquisadores debruçarem-se em como oferecer melhores condições de custo-benefício para a aprendizagem de um modelo de psicoterapia.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. *Artmed*.

Bach, P., & Moran, D. (2012). ACT in practice: Case Conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy. *Context Press*.

Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968) Some Current Dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.

<https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.

<http://doi.org/10.1177/1073191104268029>

Baer, R., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1),

27e45. <http://doi.org/10.1177/1073191105283504>

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. & McEntegart, C. (2020) Updating RFT (More Field than Frame) and its Implications for Process-based Therapy. *The Psychological Record, 70*, 605-624. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00372-3>

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEntegart, C. (2017).

From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for analyzing the dynamics of arbitrarily applicable relational responding. *Journal of*

*Contextual Behavioral Science, 6*(4), 434-445.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.001>

Barnes-Holmes, Y., Boorman, J., Oliver, J. E., Thompson, M., McEntegart, C., & Coulter, C. (2018). Using conceptual developments in RFT to direct case

formulation and clinical intervention: Two case summaries. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.005>

Bennet, R., & Oliver, J. (2019) *Acceptance and Commitment Therapy: 100 Key Points and Techniques*. *Routledge*.

Blackledge, J. T. & Drake, C. E. (2013) *Acceptance and Commitment Therapy: Empirical and Theoretical Considerations*. In. Dymond, S. & Roche, B. (Orgs.) *Advances in Relational Frame Theory: Research & Application*. *New Harbinger*.

Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Orgs.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 37-61. *Wiley-Blackwell*.

Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd edition). *Pearson Education*

Dalkey, N., & Helmer, O. (1963) An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-467.

<https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>

Donadone, J. (2004) O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes (Dissertação de mestrado). *Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*.

Fonseca, N. (2016) Efeitos de workshop de psicoterapia analítica funcional sobre habilidades terapêuticas (Dissertação de Mestrado) *Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*. <https://doi.org/10.11606/D.47.2016.tde-26092016-112306>

Gilbert, P. (2010) Compassion Focused Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features). *Routledge*.

Gil-Luciano, B., Hurtado, T. C., Tovar, D., Sebastián, B., & Ruiz, F. J. (2019) How are triggers for repetitive negative thinking organized? A relational frame analysis. *Psicothema*, 31 (1), 53-59. <https://10.7334/psicothema2018.133>

Greer, R. (2002) Designing Teaching Strategies: An Applied Behavior Analysis Systems Approach. *Academic Press*.

Hatcher, R. L., & Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory (WAI-SR). *Psychotherapy Research*, 16(1), 12e25. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500352500>.

Hayes, L. J & Fryling, M. J. (2009) Overcoming the Pseudo-Problem of Private Events in the Analysis of Behavior. *Behavior and Philosophy*, 37, 39-57.

<https://doi.org/10.2307/41472421>

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. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C. (2020) Entendendo a Espiritualidade (Tradução de Manzione, R. V.) *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(2), 191-202. <https://doi.org/10.18761/PAC.2019.v10.n2.01>

Hayes, S. C. (21 de Fevereiro de 2022): *State of the ACT Evidence*. ACBS. [https://contextualscience.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence](https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence)

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012b) 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>

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

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

Hayes, S. C, Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012a). Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change. *The Guilford Press*.

Haynes, S. N., Leisen, M. B., & Blaine, D. D. (1997). Design of individualized behavioral treatment programs using functional clinical case models. *Psychological Assessment*, 9(4), 334-348. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.334>

Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 448–466. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005>

Holi, M. M., Sammallahti P. R., & Aalberg V. A. (1998) A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand*, 97, 42-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09961.x>

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-0167.36.2.223>

Kazdin, A. E. (2011). Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings (2nd ed.). *Oxford University Press*.

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2012). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>



Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1991) *Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. Springer.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The Impact of CBT and ACT Models Using Psychology Trainee Therapists. *Behavior Modification*, *31*(4), 488–511. <https://doi.org/10.1177/0145445506298436>

Levin, M., Twohig, M. & Krafft, J. (2020) *Innovations in Acceptance and Commitment Therapy: Clinical Advancements and Applications in ACT*. Context Press.

Levin, M., Twohig, M. & Smith, B. (2016) Contextual Behavioral Science: An overview. In Zettle, R., Hayes, S., Barnes-Holmes, D. & Biglan, A (Orgs.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 17-36). WILEY Blackwell

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, *140*, 5-55.

Luciano (2017) The Self and Responding to the Own's Behavior. Implications of Coherence and Hierarchical Framing. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, *17*(3), 267-275

Luciano C, Ruiz F. J, Gil-Luciano B, & Ruiz-Sánchez LJ (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *16*, 357-374.

Long, D. M., & Hayes, S. C. (2018). Development of an ACT prototype for therapeutic skill assessment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *9*, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.008>

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser (2007) Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists. *New Harbinger Publications*.

Luoma, J. B., & Vildardaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: a pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, *42*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.701662>

Marrelli, A. F. (1998). An introduction to competency analysis and modeling. *Performance Improvement*, *37*(5), 8–17. <https://doi.org/10.1002/pfi.4140370505>

McEntegart, C., Barnes-Holmes, Y., Dillon, J., Egger, J., & Oliver, J. (2017). Hearing voices, dissociation, and the self: A functional analytic perspective. *Journal of Trauma and Dissociation*, *18*, 575-594.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241851>

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, *65*(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2009) Understanding and Training Perspective Taking as Relational Responding. In. Refheldt, R. A & Barnes-Holmes, Y. (Orgs). *Derived Relational Responding: Applications for Learners with Autism and Other Developmental Disabilities*. *Context Press*.

McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019) *A Contextual Behavioral Guide to the Self: Theory and Practce*. *Context Press*.

Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, *16*, 191–206. <https://doi.org/10.1007/BF03392623>

Millenson, J. R. (1967) *Principles of Behavioral Analysis. The Macmillan Company.*

Moran, D., Bach, P., & Batten, S. (2018) *Committed Action in Practice: A Clinician's Guide to Assessing, Planning and Supporting change in your client. Context Press.*

Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

O'Neill, L., Latchford, G., McCracken, L. M., & Graham, C. D. (2019). The development of the Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM): A delphi study and field test. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *14*, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.008>

Pakenham, K. I. (2014). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training on Clinical Psychology Trainee Stress, Therapist Skills and Attributes, and ACT Processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(6), 647–655. <https://doi.org/10.1002/cpp.1924>

Reeve, A., Moghaddam, N., Tickle, A., & Young, D. (2021). A brief acceptance and commitment intervention for work-related stress and burnout amongst frontline homelessness staff: A single case experimental design series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(5), 1001–1019. <https://doi.org/10.1002/cpp.2555>

Richards, R., Oliver, J. E., Morris, E., Aherne, K., Iervolino, A. C., & Wingrove, J. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy training for clinicians: an evaluation.* *The Cognitive Behaviour Therapist*, *4*(03), 114–121. <https://doi.org/10.1017/S1754470X11000043>

Sandoz, E. K. & Fogle, C. (*no prelo*) Implementing ACT as contextual behavioral science. In Twohig, M. P., Levin, M. E., & Petersen, J. M. (Orgs.) *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy*. *Oxford University Press*.

Schoenwald, S. K., Garland, A. F., Chapman, J. E., Frazier, S. L., Sheidow, A. J., & Southam-Gerow, M. A. (2010). Toward the Effective and Efficient Measurement of Implementation Fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(1), 32–

43. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0321-0>

Skinner (1953) *Science and Human Behavior*. *Free Press*.

Skinner (1957) *Verbal Behavior*. *Appleton-Century-Crofts*.

Skinner (1982) *Sobre o Behaviorismo*. *Cultrix*.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*, *29*(1), 35-64.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80017-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80017-8)

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Orgs.). *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31–58). *Springer*.

Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. *New Harbinger Publications*.

Tarbox, J., Szabo, T., & Aclan, M. (2020) Acceptance and Commitment Training Within the Scope of Practice of Applied Behavior Analysis. *Behavior Analysis in Practice*. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00466-3>

Tirch, D., Silberstein-Tirch, L. R., Codd, R. T., Brock, M. J., & Wright, M. J. (2019) Experiencing ACT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. *The Guilford Press*

Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In Zettle, R., Hayes, S., Barnes-Holmes, D. & Biglan, A (Orgs.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, 254-273. *WILEY Blackwell*.

Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., Heuts, P. H. T. G., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2014). The systematic implementation of acceptance & commitment therapy (ACT) in Dutch multidisciplinary chronic pain rehabilitation. *Patient Education & Counseling*, 96(2), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.019>

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

Walser, R. D. (2019) The Heart of ACT: Developing a Flexible, Process-Based, and Client-Centered Practice Using Acceptance and Commitment Therapy. *Context Press*.

Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Barr Taylor, C. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 555–563. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.009>

Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001) Psychopathology and Psychotherapy. In. Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Orgs.)

Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition.

*Kluwer Academic/Plenum Publishers.*

Wilson, K. G. & DuFrene, T. (2009). Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy. *New Harbinger*

*Publications.*

Wilson, K. G., DuFrene, T., Sandoz, E. K., & Kellum, K. (2009). A Clinician's Guide to Stimulus Control. In. Wilson, K. G. & DuFrene, T. (Orgs). Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in

psychotherapy. *New Harbinger Publications.*

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores. *Pirámide.*

Westrup, D. (2014) Advanced Acceptance and Commitment Therapy: The Experienced Practitioner's Guide to Optimizing Delivery. *New Harbinger Publications.*

World Health Organization (1998) Group development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149-167.

<https://doi.org/10.1111/ppc.12396>

Zamignani, D. (2007) O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (Tese de Doutorado)

*Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.*

Zettle, R. D. (2007). ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. *New Harbinger*

*Publications.*

## APÊNDICE

### Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você foi convidado (a) para participar, voluntariamente, do projeto de pesquisa "Efeitos de um workshop em Terapia de Aceitação e Compromisso no desenvolvimento de repertório terapêutico", que tem como objetivo avaliar se esse tipo de ferramenta pode contribuir para uma melhora na qualidade de vida do indivíduo e seus pacientes.

1. Participação no estudo: consistirá em permitir a gravação da interação com o pesquisador pela plataforma zoom, na aplicação de escalas de autopreenchimento que nos ajudarão a mensurar o efeito da intervenção em questão, e a concordância em participar em role-plays (encenações de situações de terapia).

2. Riscos: O estudo é de natureza aplicada, e a participação pode vir a acarretar sensações de mal-estar. Algumas perguntas podem causar algum desconforto ao responder os formulários, por serem relativas a sintomas psicológicos. A gravação da sessão pode causar alguma perda de espontaneidade no início, mas isso geralmente passa muito rápido, e as pessoas nem notam mais que estão sendo gravadas. De qualquer maneira, você pode interromper sua participação no estudo e/ou a gravação a qualquer momento, como explicado em mais detalhes adiante, sem que isso cause qualquer tipo de prejuízo a você. Ademais, caso você apresente algum problema ou dano pessoal que tenham sido causados diretamente pela pesquisa, será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelo pesquisador envolvido.

3. Benefícios: Ao participar desse trabalho, você contribuirá para a produção de dados importantes para o processo psicoterapêutico. O estudo permitirá planejamentos de ensino mais eficazes do processo terapêutico e de ferramentas que podem ser



desenvolvidas para tal. Não há evidência que esse estudo pode gerar benefício direto a todos os participantes, uma vez que por ser um estudo com grupos, em que haverá diferentes intervenções com a divisão de participantes de forma aleatória.

4. Sigilo e privacidade: Seu nome e dados pessoais serão mantidos em sigilo e nenhuma referência que possa ser usada para identificá-lo(a) será apresentada, assegurando assim a sua privacidade. Os dados serão armazenados de forma criptografada e serão utilizados somente por pesquisadores autorizados com acesso exclusivo por meio de senhas. Todos os dados serão divulgados de forma anonimizada e em conjunto, excluindo a possibilidade de relacionamento entre as imagens e a identificação do indivíduo. Mesmo assim, reitera-se que você pode encerrar a sua participação a qualquer momento nessa pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer tipo de dano, podendo escolher os dados que serão utilizados ou não.

5. Formas de acompanhamento e assistência: Se você apresentar algum problema ou dano pessoal que tenham sido causados diretamente pela pesquisa, será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelo pesquisador envolvido em seu consultório particular ou por meio de vídeo conferência.

6. Remuneração e custos: Você não terá nenhuma despesa e nem remuneração ao participar dessa pesquisa. Não está excluída a possibilidade de indenização, conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho nacional de Saúde, caso haja dano causado pela pesquisa.

7. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP – – Faculdade de Odontologia da APCD - FAOA, situada na Rua Voluntários da Pátria, 547, 2º andar, Tel 11 2223-2435, email: cep@faoa.edu.br. sob protocolo CAAE: 40959620.0.0000.8447 que avaliou o estudo e as condições necessárias para a sua proteção e o respeito aos seus direitos como participante da pesquisa. Um Comitê de

Ética em Pesquisa (também conhecido como CEP) é um órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de estudos que envolvem seres humanos, com o objetivo de assegurar a dignidade, os direitos, a segurança, a proteção e o bem-estar de todos os participantes.

O principal pesquisador é Raul Vaz Manzione, que pode ser encontrado no endereço: R. Professor João Arruda, 189 sala 07 CEP 05012-000 (Perdizes), São Paulo - SP. Telefone: (11) 98284-1486, e-mail: raul.manzione@gmail.com

A orientadora desta pesquisa é Dra. Roberta Kovac- [roberta@paradigmaac.org](mailto:roberta@paradigmaac.org)

A instituição na qual a pesquisa está sendo realizada é a Associação Paradigma Centro de Ciência do Comportamento no programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada.

Autorização:

Eu, \_\_\_\_\_ fui suficientemente informado a respeito do estudo: "Efeitos de um workshop em Terapia de Aceitação e Compromisso no desenvolvimento de repertório terapêutico".

Ao assinar esse documento você concorda voluntariamente, com a participação no estudo e com os termos acima descritos. Afirma que entendeu os objetivos, procedimentos, potenciais desconfortos, riscos e as garantias ao ler e discutir eventuais dúvidas com o pesquisador.

Caso aceite, uma cópia do presente termo será entregue a você.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas científicas, sendo preservadas as identidades dos participantes.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Raul Vaz Manzione

Assinatura do orientador: \_\_\_\_\_

Roberta Kovac

## Apêndice B - Convite para participação no estudo

# TREINAMENTO ONLINE GRATUITO

Convite para **Psicoterapeutas e estudantes de Psicologia** para participarem de uma pesquisa em formato de Workshop 100% gratuito, online, em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

### Data e Duração:

O workshop terá duração de 12 horas divididos em 2 dias (**dias 11 e 12 de Outubro de 2021**), das 10h às 16h.

### Local:

Será realizado pela plataforma Zoom (online).



### Como saber se posso participar?

Para participar, você deve ser:

Psicoterapeuta com CRP ativo com **no máximo** 2 anos de formação

OU

Estudante de Psicologia que **já tenha iniciado** os atendimentos clínicos supervisionados na graduação



Interessados devem responder ao formulário no link:  
<https://bit.ly/3tjX6cV>

Ou escaneie o QR Code abaixo para acessar:



Realização: Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento  
R. Vanderlei, 611 – CEP 05009-000 Perdizes, São Paulo – SP. (11) 3672-2200  
Dúvidas: estudo.treinamentoact@gmail.com

## **Apêndice C - Descrição do caso clínico 1 para *role-play***

### ***Caso Clínico Role-play 1 (Linha de Base):***

“Uma mulher de 42 anos em reciclagem devido ao desemprego e buscou a terapia para lidar com ansiedade. Trabalhou como administradora de empresas e agora está estudando para concurso público. Se preocupa bastante com o exame que está por vir. Devido a ansiedade, voltou a fumar cigarros e agora também se preocupa sobre sua saúde. Ela divide apartamento com um colega que, no passado, foi um parceiro romântico, mas há muito que não se relacionam. Tem 2 filhos, homens e adultos, que moram em outra cidade. Possui alguns amigos, mas já há algum tempo que não mantém contato. É a irmã mais nova de 3 filhos. Costumava fazer caminhadas diariamente, mas perdeu o hábito, segundo ela mesma. Fica bastante tempo no Facebook e Instagram, acessados pelo smartphone – utilizados como distração, segundo ela mesma. Têm poucas atividades de diversão, com exceção de Netflix na sexta-feira à noite e algumas cervejas (não muito, segundo ela mesma por ter dependente químico na família). Queixa-se de cansaço e preocupa-se com burnout relacionado a estudos e a carga atual da vida.”

## **Apêndice D - Descrição do caso clínico 2 para *role-play***

### ***Caso Clínico Role-play 2 (Postura Terapêutica):***

“Uma mulher de 48 anos decidiu consultar um terapeuta ACT depois de ler um artigo de revista. Relata que ela lutou contra a depressão durante a maior parte de sua vida adulta. É divorciada e atualmente mora com um homem com quem ela tem um caso há 12 anos. Ela tem dois filhos adultos, um filho e uma filha. Ela trabalha como gerente assistente de uma loja de departamentos onde ocupou vários cargos por vinte e dois anos. Seu namorado, Carlos, está desempregado. Ele faz trabalhos de construção ocasionais (“bicos”). Ela reclama que as economias estão apertadas enquanto ele não está trabalhando, e que ele bebe a ponto de intoxicar três ou quatro vezes por semana, agride verbalmente ela enquanto bebe e é desatento e pouco comunicativo quando se recupera de uma noite de bebedeira. Ela diz que quer um tratamento para que “eu possa ser feliz como as outras pessoas. Eu choro o tempo todo e isso não é normal.” Ela quer deixar seu namorado mas não consegue, também quer se conectar com seus filhos mas têm dificuldade em fazê-lo” Ela também quer melhorar seu relacionamento com os filhos pois diz só interagir com eles quando eles pedem dinheiro e ela não consegue evitar.”

## **Apêndice E - Descrição do caso clínico 3 para *role-play***

### ***Caso Clínico Role-Play 3 (Abertura):***

“Um homem de 34 anos, desempregado, veio buscar seus serviços em psicoterapia. Segundo ele próprio, não foi por livre e espontânea vontade uma vez que seu namorado falou que caso ele não buscasse ajuda, eles terminariam. O namorado do cliente é quem assume o pagamento dos honorários da terapia. Ele está recém-saído de um longo período de abuso de substâncias, primariamente com uso de álcool e cocaína. Está sóbrio vai completar 5 semanas e tem dito que esse período tem sido bastante difícil. Seu psiquiatra comentou sobre explosões de agressividade. Durante a conversa com ele, nota-se uma certa vontade de colaborar com o terapeuta, porém com falas muito categóricas – o assunto gira em torno de “ser um viciado e um lixo de pessoa”. Ele é portador do vírus HIV e faz tratamento pelo SUS. Relata vergonha toda vez em que vai ao posto de saúde buscar medicamentos. Seu namorado o apoia e não têm vergonha da condição de saúde dele.”

## **Apêndice F - Descrição do caso clínico 4 para *role-play***

### ***Caso Clínico Role-Play 4 (Consciência):***

“Uma mulher de 24 anos buscou tratamento por questões relacionadas à restrição alimentar. Ela alega evitar de comer com medo de engordar – quando come se sente culpada. “É como se tivesse uma vozinha na minha cabeça me julgando toda vez que eu faço”. Apresenta questões de saúde como anemia, amenorreia e queda de cabelo. Ela diz saber que o que faz é prejudicial para ela, mas ela simplesmente não consegue evitar. Quando ela sente os “gatilhos”, ela sente uma ansiedade muito forte e faz de tudo para não comer. Espera que a terapia vá ajudá-la com isso pois tem medo de morrer. Diz evitar de comer a um ponto em que evita contatos sociais, festas, entre outros. “



## **Apêndice G - Descrição do caso clínico 5 para *role-play***

### ***Caso Clínico Role-Play 5 (Compromisso):***

“Um senhor de 73 anos buscou psicoterapia por estar se sentindo triste há algum tempo e com dificuldades de sono. Ele alega estar distante de sua filha (única) e que a vida se tornou monótona. No passado, foi professor universitário, mas no momento está aposentado. Como passatempo, ele diz que fica com seus gatos e assiste televisão. Diz que se sente mal por se sentir esquecido pelos outros e fala que não é culpa dele ele ter sido abandonado. Ela diz amar o próprio neto, de 6 anos, mas há tempo não o vê por conta de uma briga que teve com a filha há 3 anos que, segundo ele mesmo, foi por “um motivo bobo”. Diz não vê muitas razões para viver nem nada que a alegre muito como antes, mas assegura o/a terapeuta de que “não vou tentar suicídio nem nada, pode ficar tranquilo.” É uma pessoa com feições calmas e agradáveis, mas com uma tristeza latente. No passado, foi diagnosticado com Transtorno Bipolar tipo II mas acredita que esse diagnóstico não se sustenta.”

## Apêndice H - Slides de Powerpoint do Workshop

### Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Raul Vaz Manzione

raul.manzione@gmail.com



### TREINAMENTO ONLINE GRATUITO

Convide para **Psicoterapeutas e estudantes de Psicologia** para participarem de uma pesquisa em formato de Workshop 100% gratuito, online, em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT).

#### Data e Duração:

O workshop terá duração de 12 horas divididos em 2 dias (dias **18 e 19 de Outubro de 2021**), das 10h às 16h.

#### Local:

Será realizado pela plataforma Zoom (online).

#### Como saber se posso participar?

Para participar, você deve ser:

Psicoterapeuta com CRP ativo com no máximo 2 anos de formação

OU

Estudante de Psicologia que já tenha iniciado os atendimentos clínicos supervisionados na graduação



Interessados devem responder ao formulário no link: <https://bit.ly/3tiX6cV>

Ou escaneie o QR Code abaixo para acessar:



Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Faculdade de Odontologia da APCD - FAOA, situada na Rua Voluntários da Pátria, 547, 2º andar, Tel 11 2223-2435, email: [cep@faoa.edu.br](mailto:cep@faoa.edu.br). sob protocolo CAEE: 40959620.0.0000.8447 que avaliou o estudo e as condições necessárias para a sua proteção e o respeito aos seus direitos como participante da pesquisa.

Realização: Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento  
R. Barreira, 1294 – CEP 05009-000 Perdizes, São Paulo – SP (11) 3672-2200  
Dúvidas: [estudo.treinamentoact@gmail.com](mailto:estudo.treinamentoact@gmail.com)

<https://forms.gle/6Ayyuw2Vlfz3JS2PA>



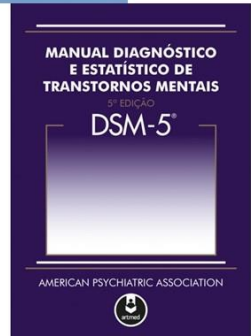
### **Role-playing:**

- Um *role-play*, como o termo do inglês diz, é uma *encenação* onde um de vocês irá definir um papel (*role*) para atuar (*play*) sobre. Neste nosso contexto de treino, um exemplo seria um de vocês participarem de um role-play falando sobre questões *como se fossem* suas. É esperado que vocês tragam as características pessoais de vocês nestes exemplos, portanto, *não avaliaremos as habilidades cênicas de vocês*.
- Faremos em duplas: um atuará como paciente e o outro como terapeuta. Ambos terão oportunidade de estar nos dois papéis, então vocês terão a oportunidade de trocar quando sinalizado para tal. Todo mundo irá praticar.
- Cada momento de role-play tem a previsão de levar em torno de 20 minutos, sendo 10 minutos para cada um de vocês e uma discussão breve de 5 minutos após.

## Caso 1 para Role-play

- Uma mulher de 42 anos em reciclagem devido ao desemprego e buscou a terapia para lidar com ansiedade. Trabalhou como administradora de empresas e agora está estudando para concurso público. Se preocupa bastante com o exame que está por vir. Devido a ansiedade, voltou a fumar cigarros e agora também se preocupa sobre sua saúde. Ela divide apartamento com um colega que, no passado, foi um parceiro romântico, mas há muito que não se relacionam. Tem 2 filhos, homens e adultos, que moram em outra cidade. Possui alguns amigos, mas já há algum tempo que não mantém contato. É a irmã mais nova de 3 filhos. Costumava fazer caminhadas diariamente, mas perdeu o hábito, segundo ela mesma. Fica bastante tempo no *Facebook* e *Instagram*, acessados pelo smartphone – utilizados como distração, segundo ela mesma. Têm poucas atividades de diversão, com exceção de *Netflix* na sexta-feira à noite e algumas cervejas (não muito, segundo ela mesma por ter dependente químico na família). Queixa-se de cansaço e preocupa-se com burnout relacionado a estudos e a carga atual da vida.”

## Debriefing





## Contextualismo Funcional

O que é verdadeiro é o que funciona de maneira mais eficaz para um determinado propósito.



## Contextualismo Funcional





- Assim, embora não abandonemos inteiramente a coerência ou a correspondência (não podemos), enfatizamos a ação eficaz

- Abordamos cada termo, cada teoria, cada história sobre o mundo com uma noção do trabalho que devem exercer

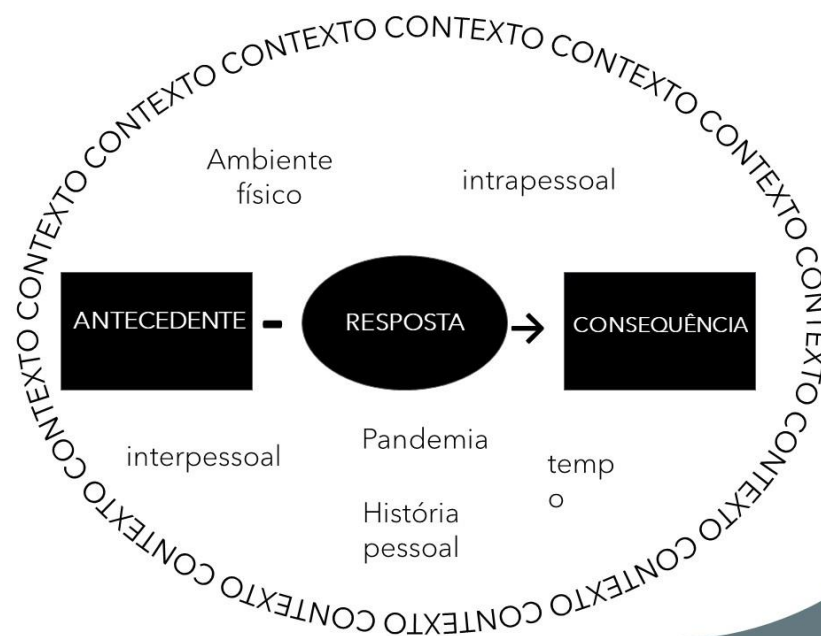
- Em vez de avaliar nossas histórias como espelhos, nós as avaliamos como **martelos**

- Será que este termo, esta teoria, esta história **funcionam** para o que é preciso?

- Esta abstração **funciona?**

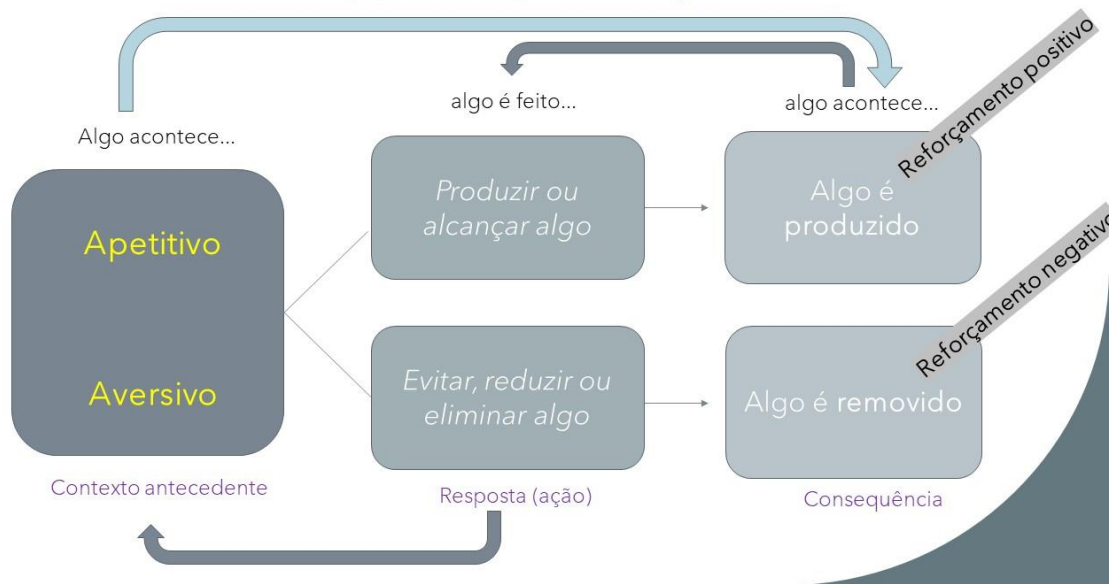
- Em vez de supor que o Saber fomenta o Fazer, supomos que o Saber **está** no Fazer, que Fazemos para saber

- E - esta é uma perspectiva difícil

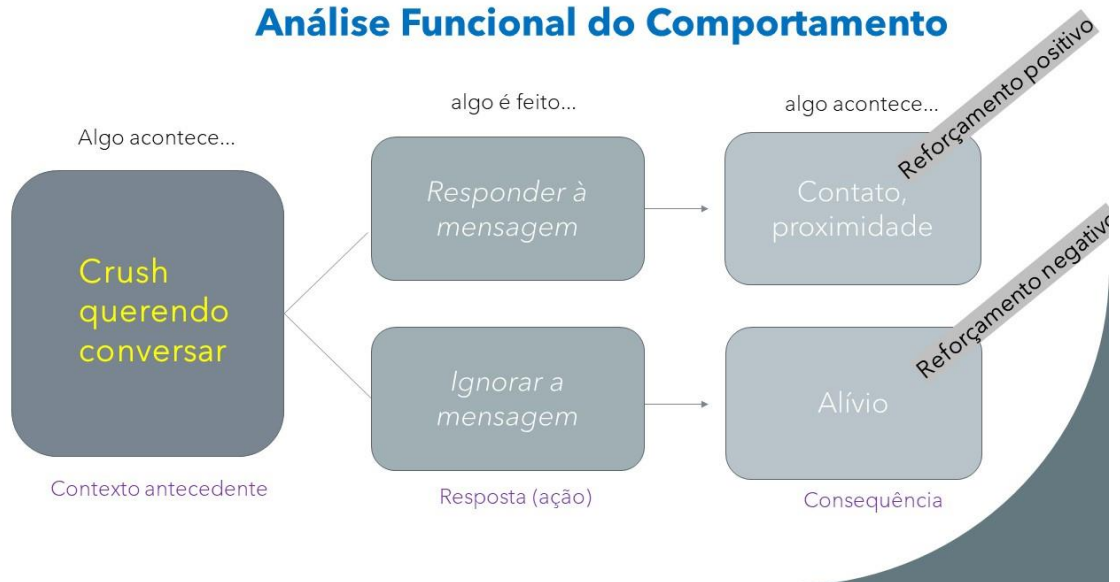




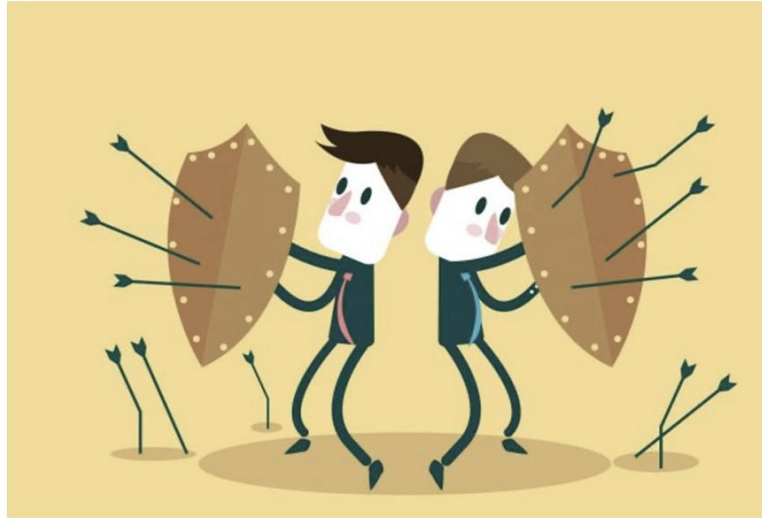
## Análise Funcional do Comportamento



## Análise Funcional do Comportamento



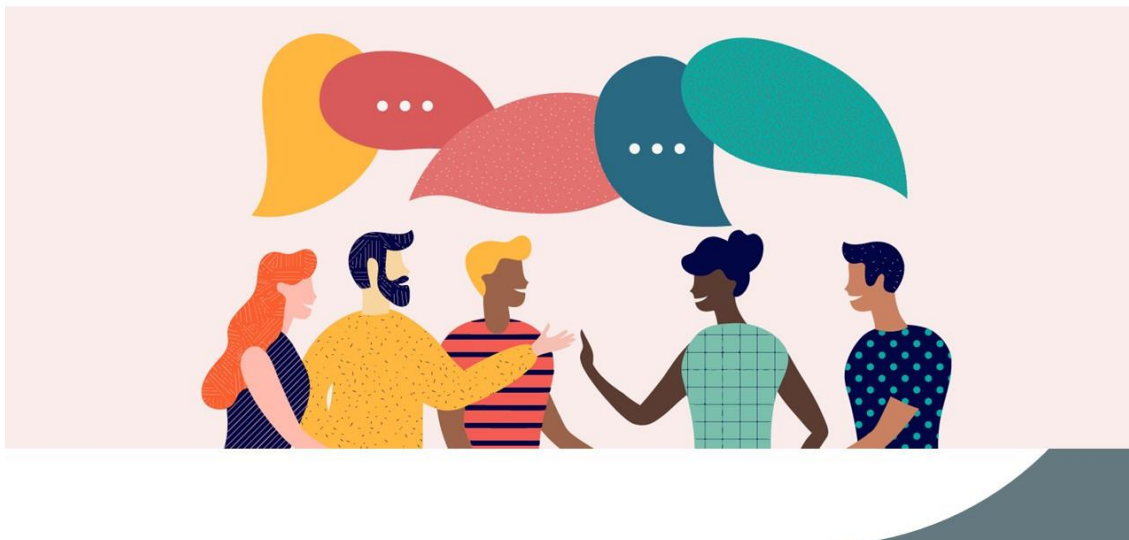
Controle aversivo



Controle apetitivo



## O papel da linguagem



**NÃO SE  
COMPREENDE  
FUNÇÃO SEM  
CONTEXTO**

- Função é o efeito que um evento tem
- Contexto é onde o evento acontece

## Sufrimento e Controle



- Então o que naturalmente fazemos quando estamos diante de um contexto aversivo? Esquivamos ou fugimos. Nós controlamos!
- O problema surge quando a linguagem intensifica esses processos de forma que passamos a evitar ou fugir não só de situações aversivas, mas de sentimentos, pensamentos e emoções que estejam relacionados a estas emoções
- O que muitas vezes resulta em fugir de **qualquer** situação que traga estes sentimentos



"Palavras são, na minha nada humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia, capazes de ferir e de curar."

## TEORIA DAS MOLDURAS RELACIONAIS (RFT)

## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

### Linguagem é um comportamento

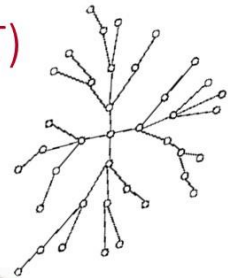


## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

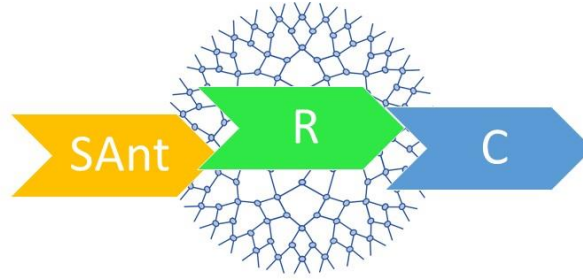
- O que vocês precisam saber para hoje...

Linguagem/cognição é o comportamento aprendido (operante) de construir e responder a **relações simbólicas** entre eventos

Linguagem **altera** a nossa experiência direta e **facilita** nosso aprendizado para responder no mundo



Linguagem



Linguagem também é um contexto



## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto

## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto



## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto



## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto





## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

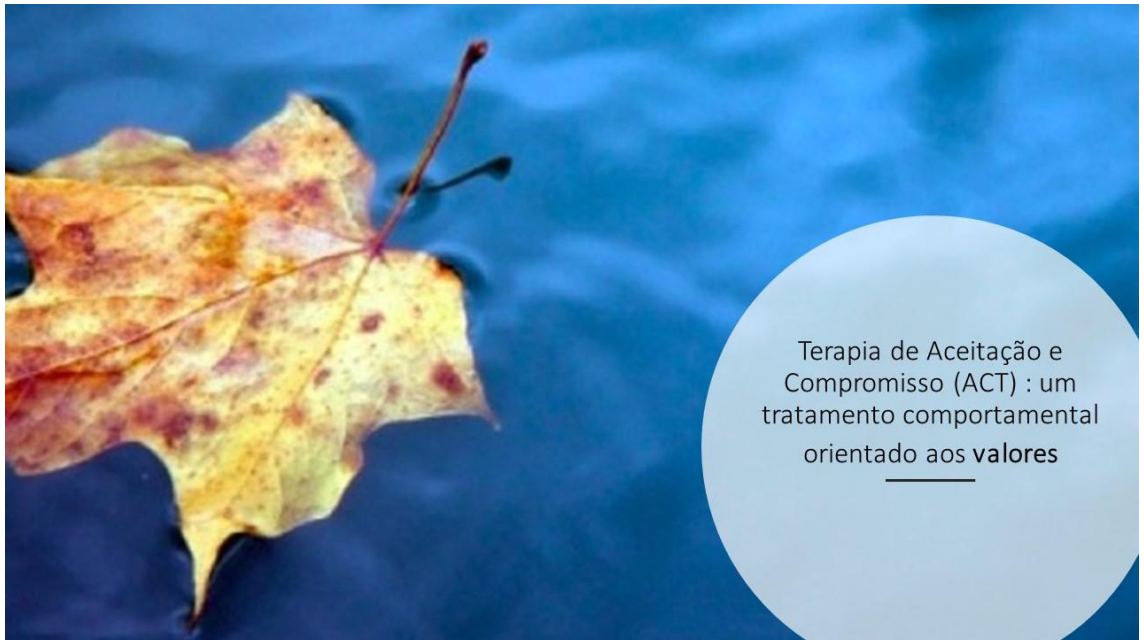
Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto

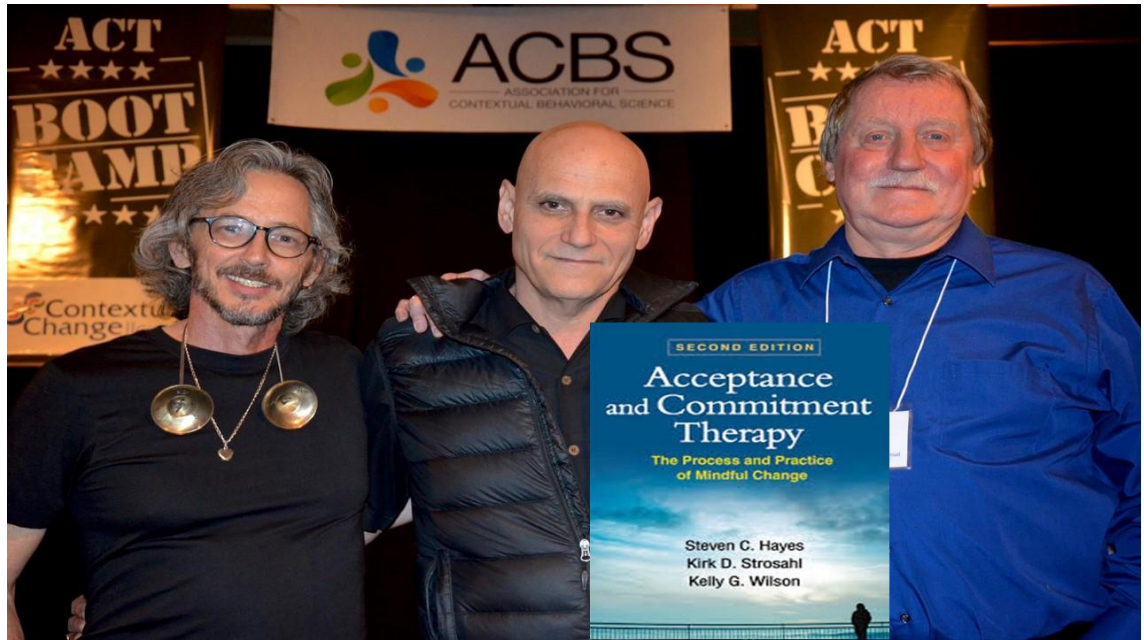


## Teoria das Molduras Relacionais (RFT)

Molduras Relacionais são **ferramentas simbólicas** para alterar o contexto







## Definição da ACT

“Uma abordagem terapêutica contextualista funcional, [transdiagnóstica], baseada na Teoria das Molduras Relacionais (RFT), que vê o sofrimento humano predominantemente como problemas de inflexibilidade psicológica nutridos pela fusão cognitiva e esquiva experiencial. No contexto da relação terapêutica, a ACT se utiliza das contingências diretas e processos verbais indiretos para estabelecer experiencialmente maior flexibilidade psicológica através, primariamente, de aceitação, desfusão cognitiva, estabelecimento de um senso transcendente de self, contato com o momento presente, valores e a construção de padrões de ações comprometidas cada vez maiores ligados a estes mesmos valores.” (Hayes, 2006b)

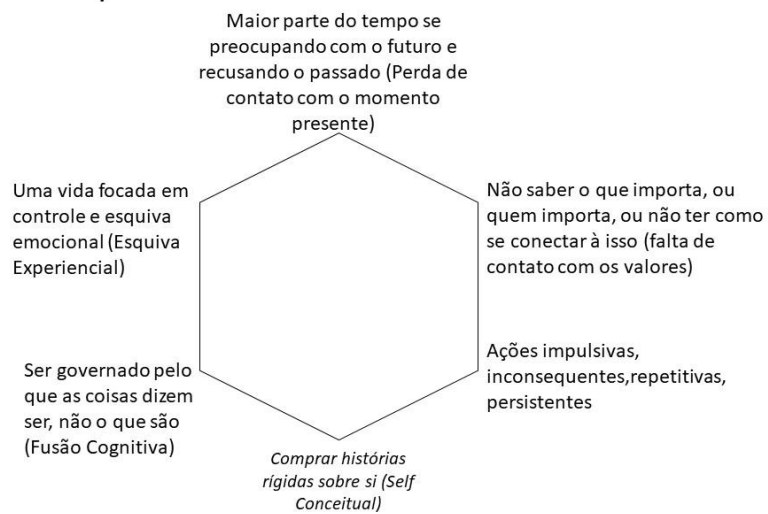


## Objetivo da ACT

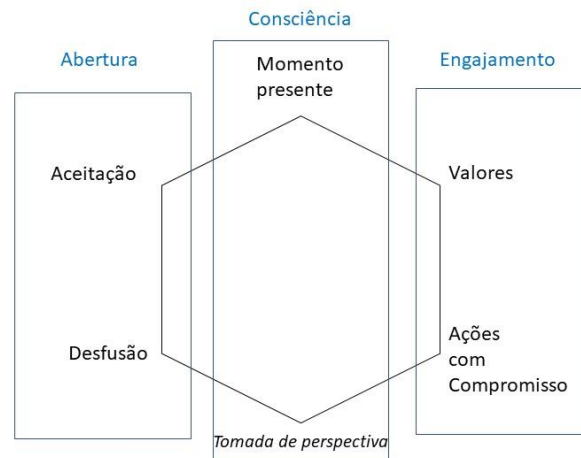
Promover **flexibilidade psicológica**

**Uma grande estratégia:** enfraquecer repertórios de esquiva experiencial e fortalecer repertórios de ações comprometidas com valores

## InFlexibilidade Psicológica: a fórmula para uma vida aprisionada



## Flexibilidade Psicológica: a fórmula para uma vida significativa



ABERTURA = Aceitação e Desfusão

*Disposto e capaz de encontrar uma distância de observação*

- **Experimental voluntariamente**, em vez de controlar. . .
- Experiências privadas (pensamentos, sentimentos, memórias, sensações)
- História pessoal
- Atitudes / comportamento dos outros
- Vendo como nossa mente funciona
- Percebendo sem reagir ao conteúdo da nossa mente

CONSCIÊNCIA = Momento Presente e Self  
*Capacidade de encontrar o momento presente e ser flexível com nossas histórias sobre nós mesmos*



**Consciência do momento presente requer . . .**

Atenção / foco flexível ou capacidade de mudar efetivamente o foco de atenção  
 Capacidade de estar ciente e usar o fluxo contínuo de experiência privada



**Tomada de perspectiva requer . . .**

Senso de continuidade de consciência  
 Capacidade de "dar um passo para trás" e se tornar um observador de eventos  
 Capacidade de se colocar no lugar do outro e imaginar o ponto de vista da pessoa

41

COMPROMISSO = Valores e Ações com Compromisso  
*Conectado a valores e capaz de persistir na busca*

**Os valores são. . .**

*Construídos verbalmente, fornecem motivação e reforçamento intrínsecos  
 Princípios de vida que organizam o comportamento ao longo do tempo*

**Ações com Compromisso...**

- São comportamentos específicos que "refletem" valores
- São realizados na presença de eventos (experiências) públicos ou privados desagradáveis





## ACT e a relação terapêutica

- “Quando estou de frente a um cliente que está sofrendo, uma pessoa que se perdeu e ficou presa na própria pele, na própria vida, preciso de uma visão de mundo com implicações de ação. Preciso de uma orientação teórica que me diga como entender o que estou observando diretamente, o que fazer ou dizer a seguir e como saber que o que faço ou digo está realmente funcionando para treinar novos comportamentos. Quando estou de frente com alguém que confiou em mim o sofrimento deles, **tudo o que tenho é meu próprio comportamento. Eu preciso de uma análise que me inclua nela.**” – Emily K. Sandoz, PhD

• 3 x 3 =

- $3 \times 3 =$
- $17 + 58 =$

- $3 \times 3 =$
- $17 + 58 =$
- $2x = 8$

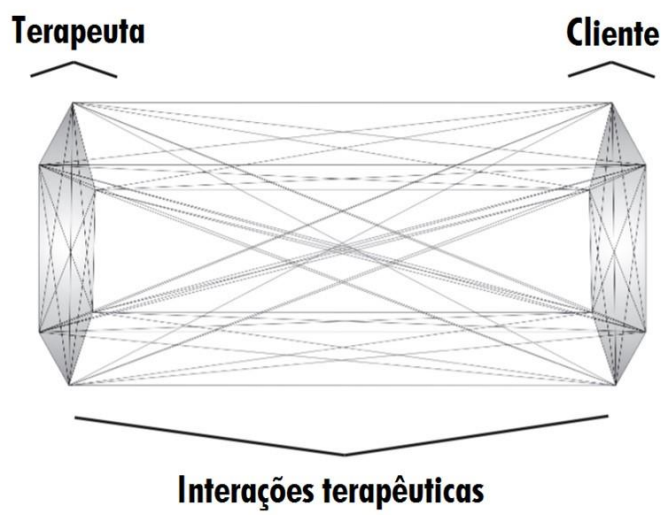


- $3 \times 3 =$
- $17 + 58 =$
- $2x = 8$
- $\sqrt{64} =$

- $3 \times 3 =$
- $17 + 58 =$
- $2x = 8$
- $\sqrt{64} =$
- $9^2 =$

- $3 \times 3 =$
- $17 + 58 =$
- $2x = 8$
- $\sqrt{64} =$
- $9^2 =$
- $1700 - 235 =$





## Postura Terapêutica

- Experiencial
- Abertura
- Curiosidade

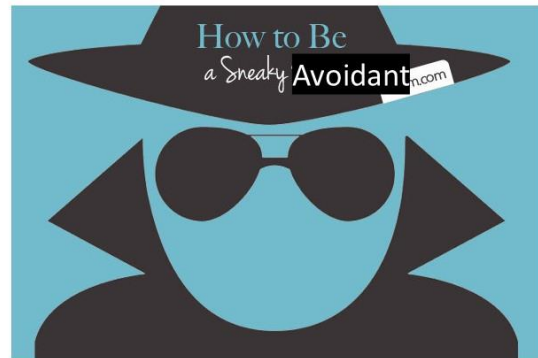
## Controle de estímulos para terapeutas

- Comportamento: tudo que um organismo faz
- Contexto: tudo que está fora do comportamento analisado naquele momento. Isso inclui tudo que está acontecendo no exato momento da emissão do comportamento bem como tudo que já aconteceu (história de aprendizagem) desde o início da existência daquele ser.

## Controle de estímulos para terapeutas

- Se houve variação no responder, então algo no contexto mudou...

- Tom de voz
- Expressão facial
- Gestos
- Olhares
- Escolha de palavras
- Mudança de assunto
- Estereotipias
- Etc..
  - Investigar!



## A postura terapêutica da ACT é, e pode ser, cultivada

- Ela implica trazer:
  1. Consciência e compaixão à sua própria experiência
  2. Avanços na sua vida; e
  3. Acreditar que os outros podem fazer o mesmo.
  4. Presença

Você está “comunicando” que está ali, firme. Como a presença de uma árvore. Sólida e enraizada firmemente no chão, não perdendo sua “arvoreidade” a despeito das mudanças do clima e das estações. Está aqui — presente. Você é inteira e nada que seja dito pode remover essa plenitude. Você permanece enraizada(o).





## Caso 2 para Role-play

- “Uma mulher de 48 anos decidiu consultar um terapeuta ACT depois de ler um artigo de revista. Relata que ela lutou contra a depressão durante a maior parte de sua vida adulta. É divorciada e atualmente mora com um homem com quem ela tem um caso há 12 anos. Ela tem dois filhos adultos, um filho e uma filha. Ela trabalha como gerente assistente de uma loja de departamentos onde ocupou vários cargos por vinte e dois anos. Seu namorado, Carlos, está desempregado. Ele faz trabalhos de construção ocasionais (“bicos”). Ela reclama que as economias estão apertadas enquanto ele não está trabalhando, e que ele bebe a ponto de intoxicar três ou quatro vezes por semana, agride verbalmente ela enquanto bebe e é desatento e pouco comunicativo quando se recupera de uma noite de bebedeira. Ela diz que quer um tratamento para que “eu possa ser feliz como as outras pessoas. Eu choro o tempo todo e isso não é normal.” Ela quer deixar seu namorado mas não consegue, também quer se conectar com seus filhos mas têm dificuldade em fazê-lo” Ela também quer melhorar seu relacionamento com os filhos pois diz só interagir com eles quando eles pedem dinheiro e ela não consegue evitar.



## Exercício Pessoal

- **O problema**
- Pegue uma folha de papel e escreva suas respostas para às seguintes três perguntas.
- 1. Qual é o principal problema que existe entre você e a direção de vida que você quer seguir?
- 2. O que diria a você que esse problema foi resolvido?
- 3. O que você acha que terá que acontecer, ou o que você terá que fazer, para que esse problema seja resolvido?



## Desesperança Criativa: o que é?

- Os clientes chegam em terapia geralmente querendo **mais** estratégias de controle ou entender por que as que eles adotaram não funcionam
- Auxiliar o cliente a abandonar repertórios comportamentais, funcionalmente similares, ineficazes para a resolução de seu problema-alvo e que, paradoxalmente, acabam por manter/aumentar o problema em questão
- É, via de regra, um processo aversivo pois envolve bloqueio de esquiva

## Criatividade

- Permitir, verdadeiramente, novas formas de se comportar
  - Aceitação como processo contínuo
  - Desfusão do conteúdo da mente
  - Estar no momento
  - Ver o *eu* como maior que o conteúdo





## Desesperança

- Sentir ou causar desespero sobre algo
- MAS é perder a esperança sobre a coisa certa
  - Sobre a agenda de controle
  - Não sobre o ser humano

“Você não tem um problema, as suas estratégias são o problema”

No fim é sobre tirar a esperança **no processo de controle emocional** e dar **esperança para a vida** do ser humano



## Uma maleta e uma pá



*Quais tipos de estratégias você utilizou para resolver ou eliminar esse problema?*

*Resolveu?*

*No curto prazo?*

*No longo prazo?*

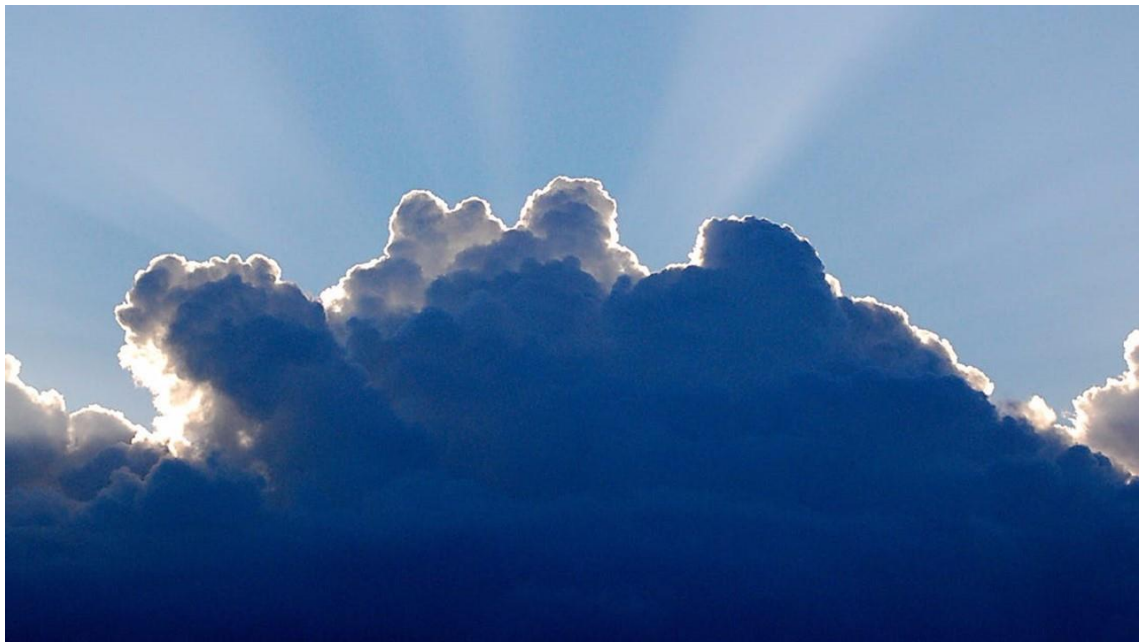
*O que esse problema te custou?*

*Você teria disposição em parar de lutar com o problema?*

## Perguntas...

- Se você pudesse viver uma vida, a vida que você quisesse, como ela seria?
- Há quanto tempo o que você está vivendo tem sido uma barreira?
- O que você já tentou/está tentando para resolver?
- Como você se saiu até agora?
- Qual foi o custo?







## Caso 3 para role-play

- “Um homem de 28 anos buscou terapia para tratar de questões relacionadas à ansiedade – foi indicado a você por um amigo. Trabalha como técnico de instalação de ar-condicionado e está muito insatisfeito com a profissão mas, segundo ele, “é o que tem para pagar as contas”. Ele alega que a ansiedade o impede de tentar buscar novas oportunidades e que talvez a solução seja tentar subir na carreira dentro da própria empresa em que trabalha. Sente, porém, que estagnou e sente ansiedade quando começa a pensar em possibilidades de evolução (por exemplo: sente-se ansioso na possibilidade de fazer um curso de aprimoramento ou uma graduação, ou curso técnico). Ele diz: “Eu digo a mim mesmo para não fazer besteira – porque se eu perder o meu trabalho ou fizer besteira eu vou complicar a vida da minha família”. Ele é pai solteiro de uma menina de 3 anos de idade. Sua ex-namorada, mãe de sua filha, segundo ele: “desapareceu sem dar avisos”. Ele relata que diariamente fuma um cigarro de maconha e bebe três latas de cerveja para aliviar o estresse mas, segundo ele, “só quando já coloquei ela [filha] para dormir”. Ele chegou a relatar um episódio de pânico por volta de 4 meses antes de buscar terapia. Apresenta olheiras mas demonstra bastante energia e positividade diante do/a terapeuta.”



Dia 2

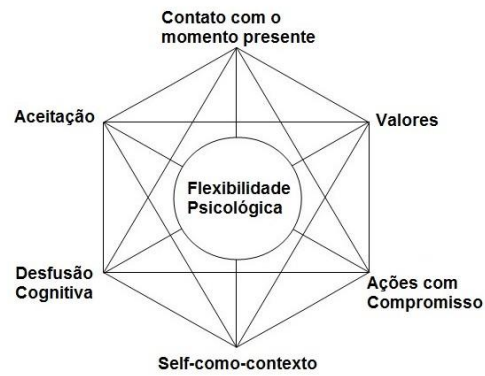
Vamos recapitular?



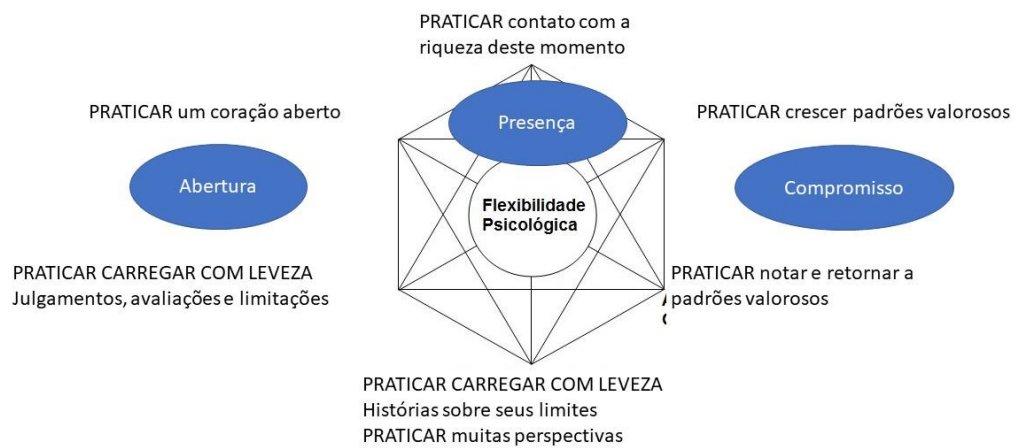
Dia 2

Vamos recapitular?

PRÁTICAS para a Flexibilidade Psicológica



PRÁTICAS para uma vida abundante







## **ABERTURA = Aceitação e Desfusão**

### ***Disposto e capaz de encontrar uma distância de observação***

- *Experimentar voluntariamente*, em vez de controlar...
- Experiências privadas (pensamentos, sentimentos, memórias, sensações)
- História pessoal
- Atitudes / comportamento dos outros
- Vendo como nossa mente funciona
- Percebendo sem reagir ao conteúdo da nossa mente

79

## **CONSCIÊNCIA = Momento Presente e Self**

### ***Capacidade de encontrar o momento presente e ser flexível com nossas histórias sobre nós mesmos***



*Consciência do momento presente requer...*

Atenção / foco flexível ou capacidade de mudar efetivamente o foco de atenção

Capacidade de estar ciente e usar o fluxo contínuo de experiência privada



*Tomada de perspectiva requer...*

Senso de continuidade de consciência

Capacidade de "dar um passo para trás" e se tornar um observador de eventos

Capacidade de se colocar no lugar do outro e imaginar o ponto de vista da pessoa

80

**COMPROMISSO = Valores e Ações com Compromisso**  
**Conectado a valores e capaz de persistir na busca**

**Os valores são. . .**

*Construídos verbalmente, fornecem  
motivação e reforçamento intrínsecos  
Princípios de vida que organizam o  
comportamento ao longo do tempo*

**Ações com Compromisso...**

São comportamentos específicos que “refletem”  
valores

São realizados na presença de eventos  
(experiências) públicos ou privados desagradáveis



## **Esquiva Experiencial**

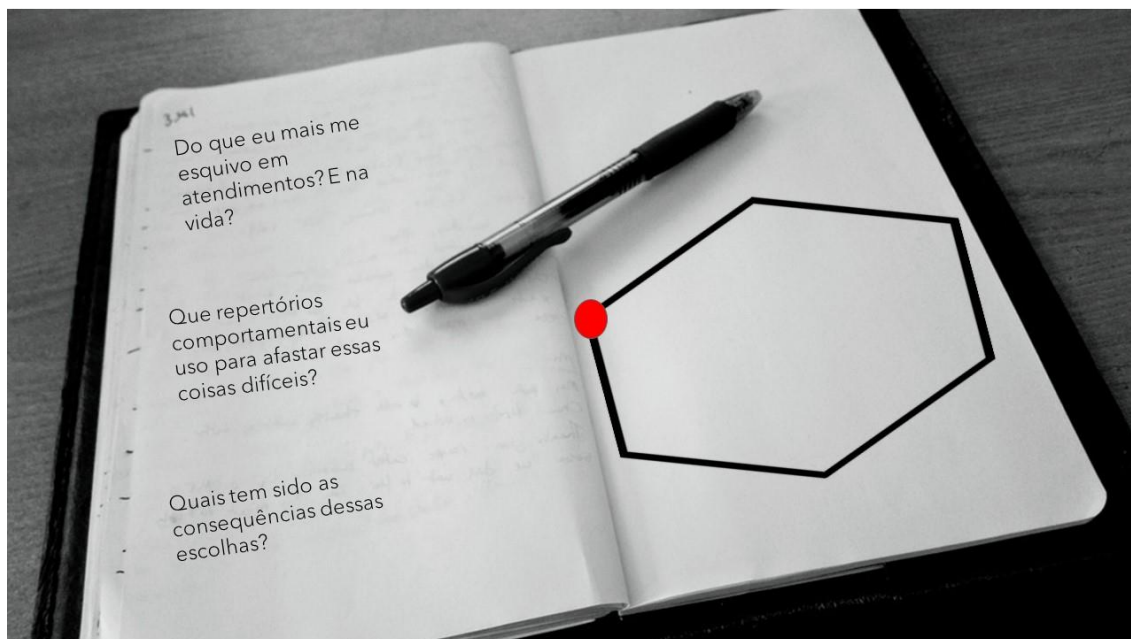
Repertório comportamental com foco em reduzir ou eliminar estimulação aversiva privada – pensamentos, sentimentos, sensações, “emoções”. Tendem a gerar um custo pessoal no longo prazo pois, muitas vezes, para evitar o contato com eventos privados é necessário evitar situações que sejam eliciadoras e evocativas destes eventos.

# Esquiva experiencial é ruim?

## Aceitação

Processos de aceitação envolvem a adoção de uma *postura* intencionalmente aberta, receptiva e não-julgamentosa em relação a vários aspectos da experiência.

Ou seja: agir em uma direção valorosa **mesmo** sentindo desconfortos.



## Fusão Cognitiva


Envolve frequentemente estimulação aversiva feita presente via processos verbais – estes ocasionarão um repertório restrito, inflexível e relativamente insensível às contingências vigentes. O indivíduo responde a avaliações e regras verbais ao invés do momento presente.

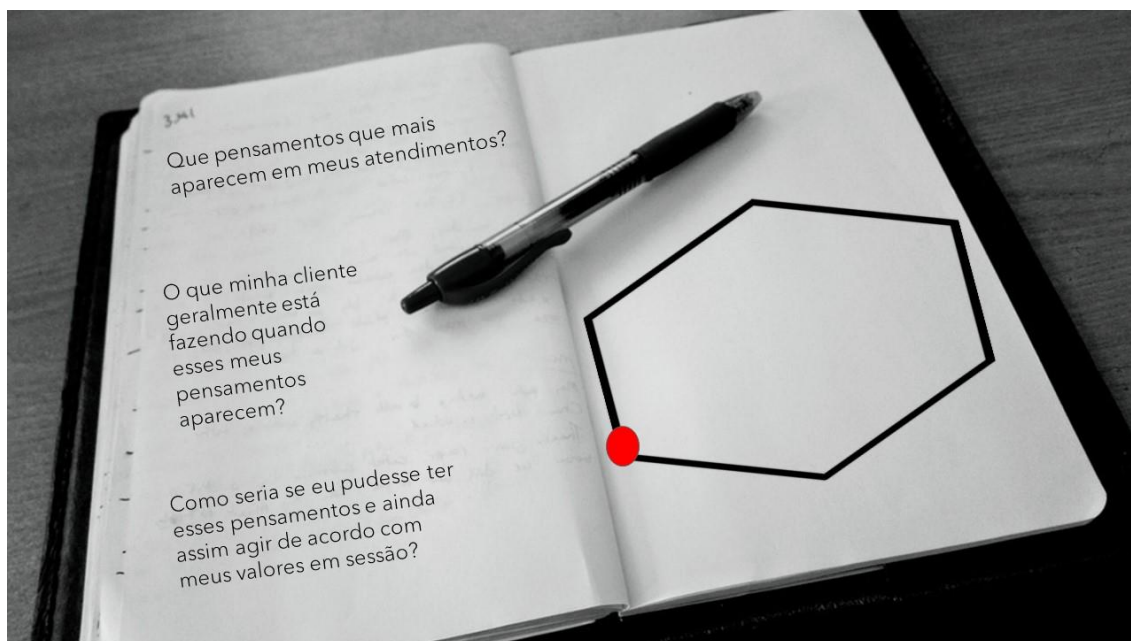
## **Fusão cognitiva é ruim?**



### **Desfusão cognitiva**

Habilidade de notar os processos verbais e toda sua experiência pelo que são – e não pelo que dizem ser. Envolve a habilidade de contatar as contingências que ocorrem no aqui-e-agora e possibilita o indivíduo a agir de acordo com seus valores. Envolve maior amplitude de sensibilidade contextual.





## O/A Terapeuta que promove abertura...

Ajuda seus clientes a notarem pensamentos como experiências separadas dos eventos que eles descrevem

Fornecer aos clientes oportunidades e condições para que eles notem como interagem com seus pensamentos e/ou sentimentos (ex., maior propensão a esquiva ou à abertura)

Encoraja os clientes a "permanecerem" com seus pensamentos e sentimentos dolorosos (quando a serviço dos valores dos clientes).

## Caso 3 para role-play

Um homem de 34 anos, desempregado, veio buscar seus serviços em psicoterapia. Segundo ele próprio, não foi por livre e espontânea vontade uma vez que seu namorado falou que caso ele não buscasse ajuda, eles terminariam. O namorado do cliente é quem assume o pagamento dos honorários da terapia. Ele está recém-saído de um longo período de abuso de substâncias, primariamente com uso de álcool e cocaína. Está sóbrio vai completar 5 semanas e tem dito que esse período tem sido bastante difícil. Seu psiquiatra comentou sobre explosões de agressividade. Durante a conversa com ele, nota-se uma certa vontade de colaborar com o terapeuta, porém com falas muito categóricas – o assunto gira em torno de “ser um viciado e um lixo de pessoa”. Ele é portador do vírus HIV e faz tratamento pelo SUS. Relata vergonha toda vez em que vai ao posto de saúde buscar medicamentos. Seu namorado o apoia e não têm vergonha da condição de saúde dele.

### **CONSCIÊNCIA = Momento Presente e Self** **Capacidade de encontrar o momento presente e ser flexível com** **nossas histórias sobre nós mesmos**



*Consciência do momento presente*  
*requer...*

Atenção / foco flexível ou capacidade de mudar efetivamente o foco de atenção

Capacidade de estar ciente e usar o fluxo contínuo de experiência privada



*Tomada de perspectiva requer...*

Senso de continuidade de consciência

Capacidade de "dar um passo para trás" e se tornar um observador de eventos

Capacidade de se colocar no lugar do outro e imaginar o ponto de vista da pessoa



ELE/ELA é uma pessoa ruim

ELE/ELA é uma pessoa boa

ELE/ELA é muito dedicado(a)

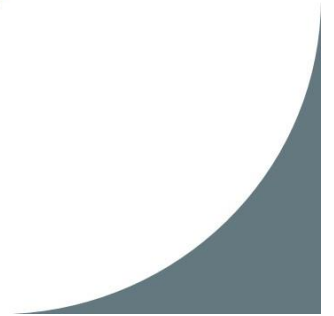
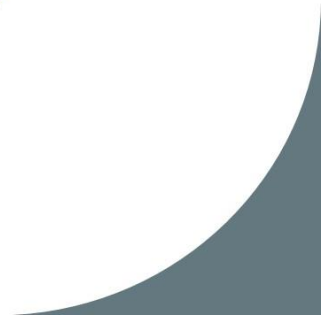
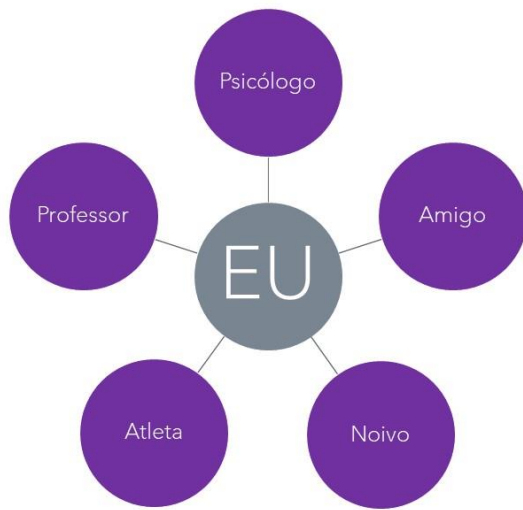
DELE/DELA eu tenho nojo por conta do que fez

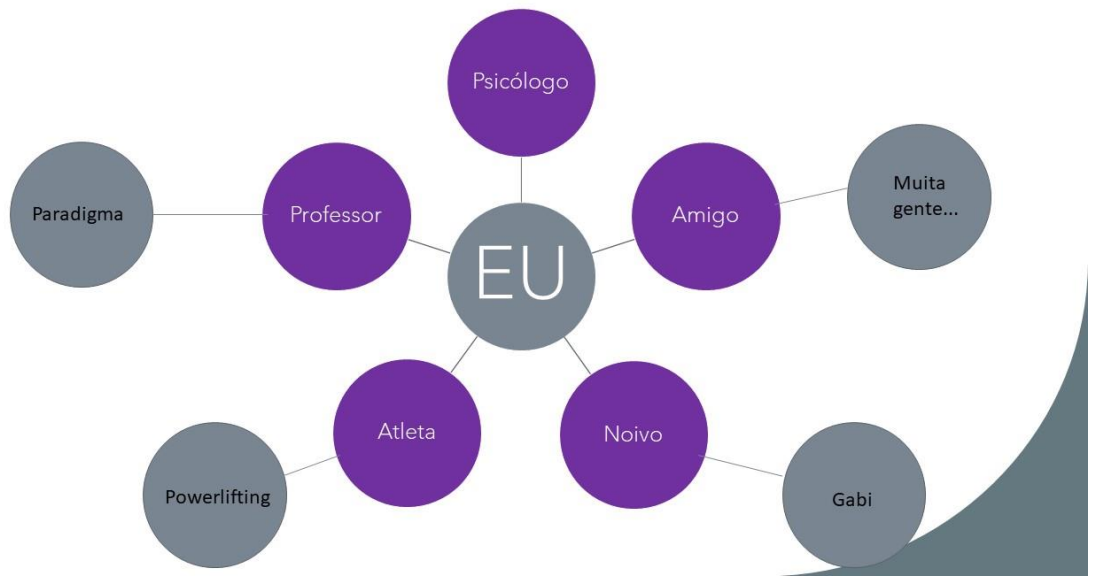
Não acho nada demais DELE/DELA

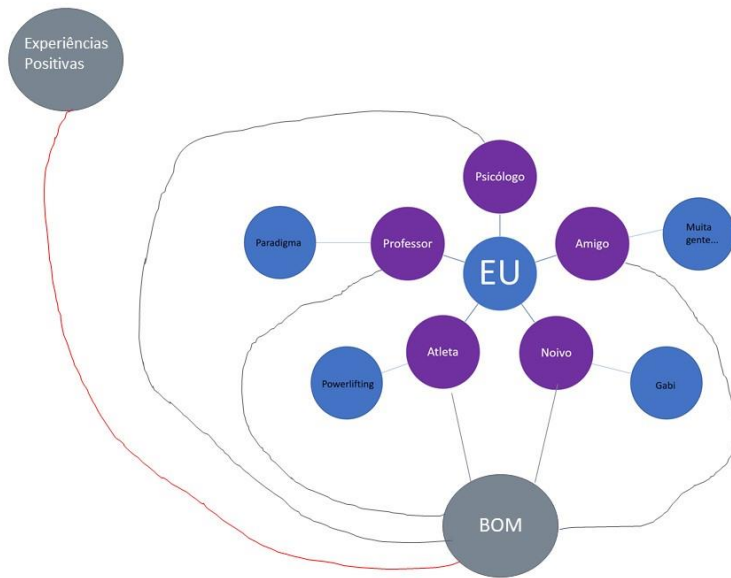
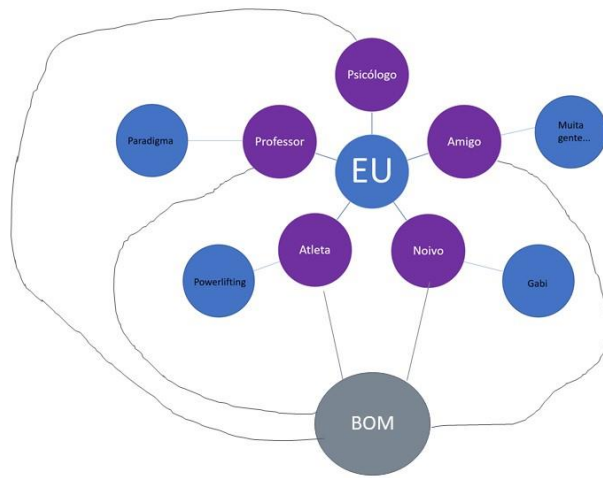


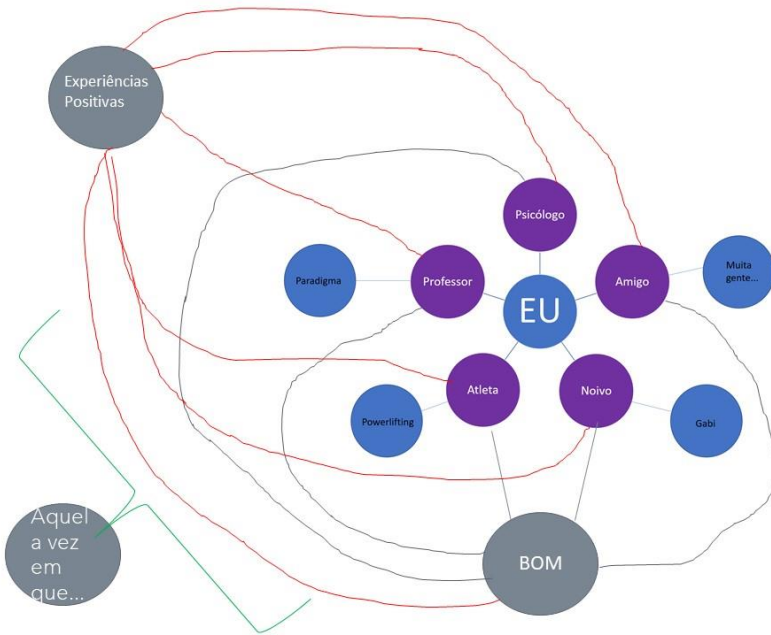
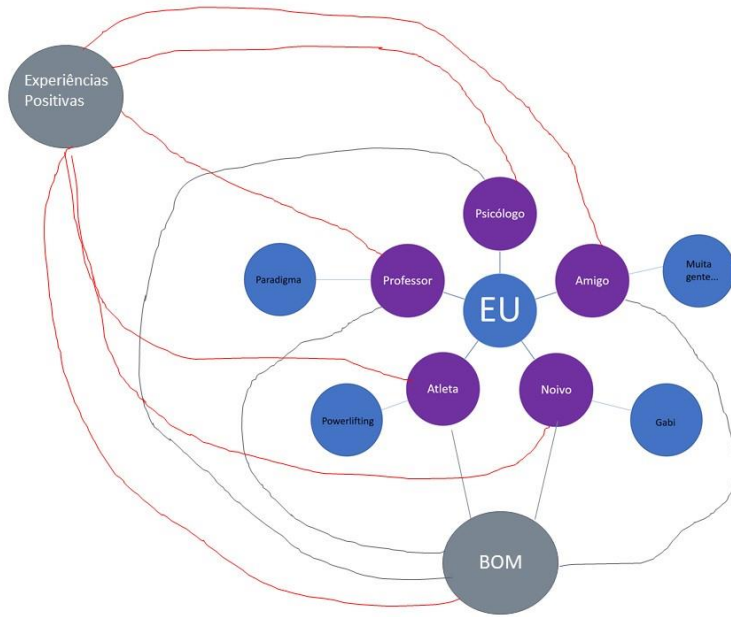
EU SOU uma pessoa ruim  
EU SOU uma pessoa boa  
SOU muito dedicado(a)  
DE MIM eu tenho nojo por conta do que fiz  
Não acho nada demais DE MIM

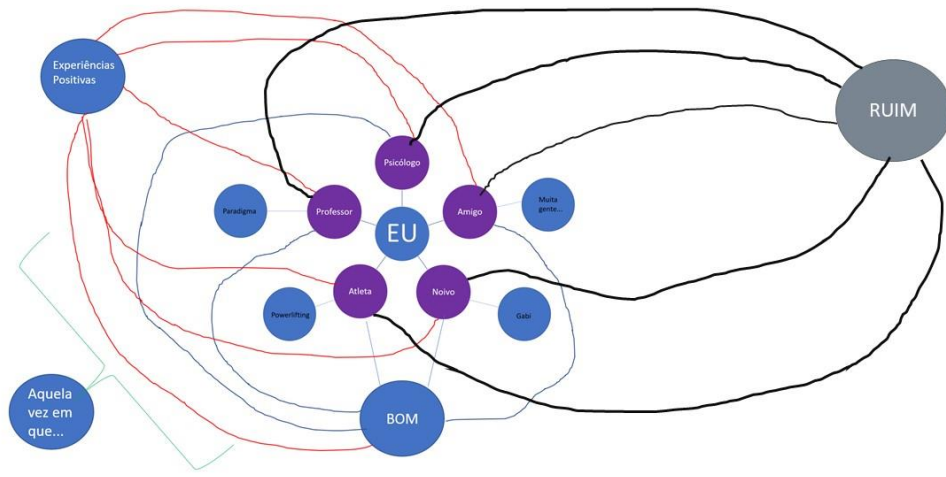
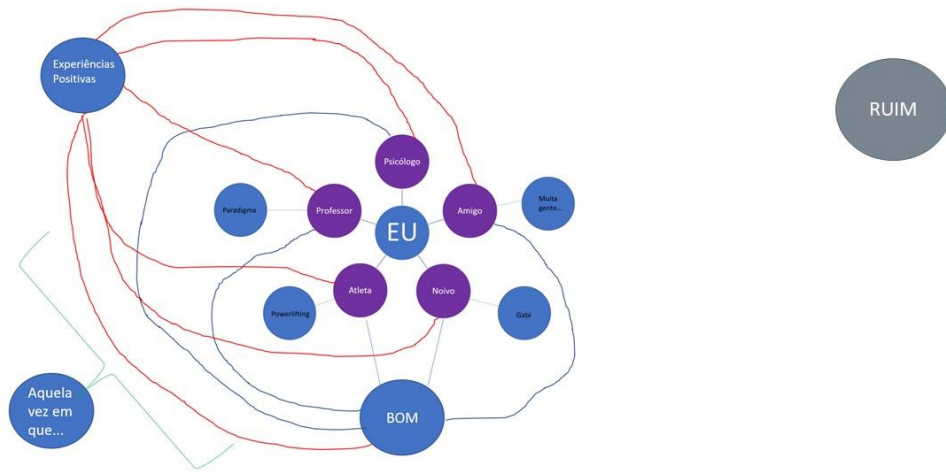


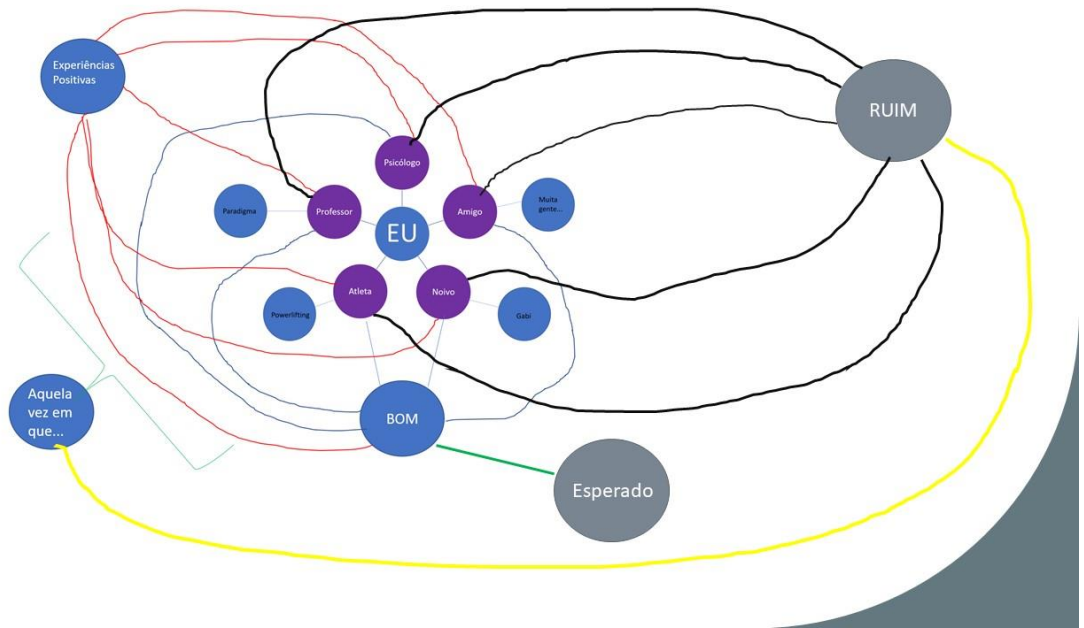
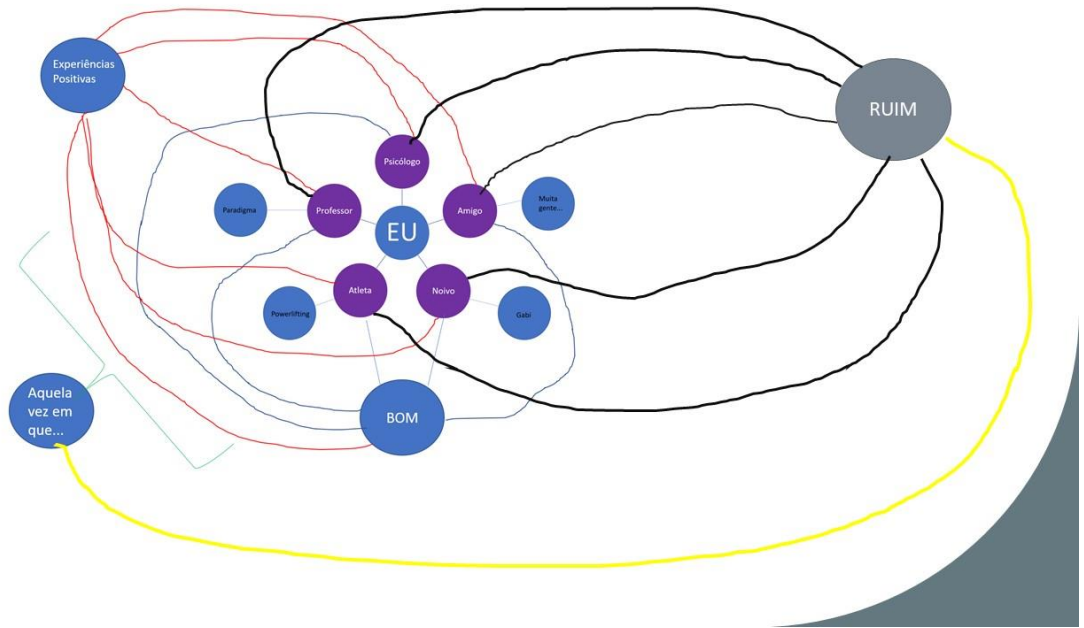




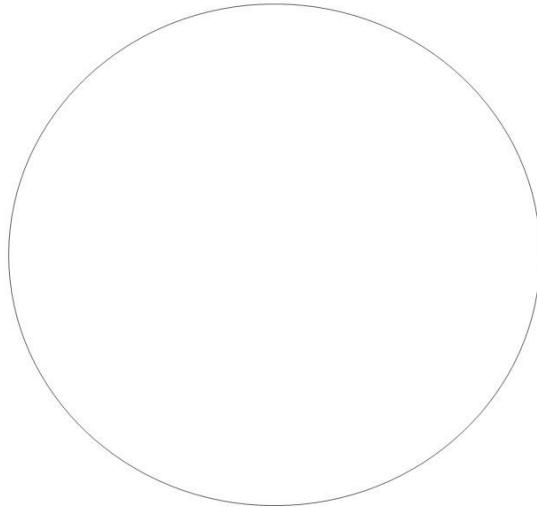








EU



EU





**Qual uma  
convicção forte  
minha?**

**Se **eu** tivesse  
coragem, **eu**...**

O que **eu** tenho  
medo de admitir?

**Meu** coração  
anseia por...

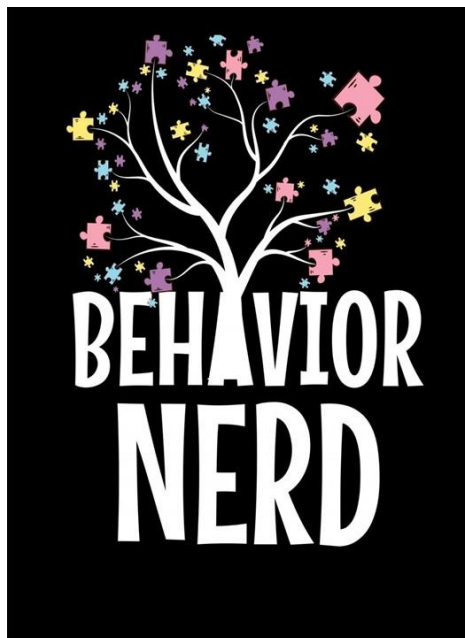
**EU** finjo que...

**EU** removeria da  
minha história  
quando [\_\_\_\_]...

## E o que acontece quando você não compra a sua profecia autorrealizadora?

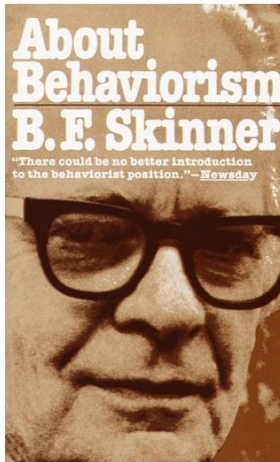


©Raul Vaz Manzione, 2020 – Cópia e reprodução não autorizadas  
Para informações de utilização: raul.manzione@gmail.com



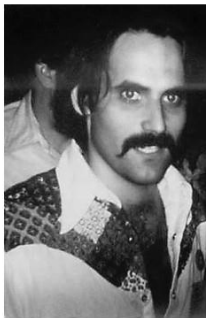
## Agora a explicação!

Ou quase...



“Existe uma... diferença entre se comportar e relatar que alguém está se comportando ou relatar as causas do comportamento de alguém. Ao arranjar condições sob as quais a pessoa descreve o mundo público ou privado em que vive, é gerado uma forma muito especial de comportamento chamado saber... O autoconhecimento é de origem social.” (1974, p. 30).

“É somente quando o mundo privado de uma pessoa se torna importante para as demais é que ele se torna importante para a própria pessoa”. (1974, p. 31).



Hayes, S. C. (1984/2020): Entendendo a Espiritualidade

Terapia do Distanciamento Abrangente

Self como ‘ver que está vendo’; lócus constante. Esboço da RFT e das relações dêiticas (tomada de perspectiva)

**perspectivas**  
em análise do comportamento

ISSN 2177-3548

**paradigma**  
ciências do comportamento

www.revistaperspectivas.org

**Entendendo a espiritualidade<sup>1</sup>**  
Making sense of spirituality  
Dando sentido a la espiritualidad

Steven C. Hayes

© Universidade do Estado de Pernambuco - UPE/2020 | [Thema abstracto](#) | [Making sense of spirituality](#) | [Endereço para correspondência](#) | [E-mail](#) | [Revista Perspectivas](#) | [DOI](#) | [DOI](#) | [DOI](#)

**Resumo:** No linguaggio comune, è fatta una distinzione chiara entre o mundo da matéria e o do espírito. Embora o dualismo seja tipicamente pensado como incompatível com o behaviorismo, uma análise comportamental da autoconsciência sugere que existem boas razões para uma conversa dualista. Algumas qualidades bem conhecidas tanto de aspectos espirituais humanos quanto de um Deus metafísico parecem fluir naturalmente a partir dessa análise (comportamental). Discute-se brevemente a utilização de uma faceta espiritual de self em terapia.

**Palabras-clave:** espiritualidade, self, contextualismo, marcos relacionais.

**Abstract:** In ordinary language a clear distinction is made between the world of matter and that of spirit. While dualism is typically thought to be incompatible with behaviorism, a behavioral analysis of self-awareness suggests that there are good reasons for dualistic talk. Reported qualities of both the spiritual aspect of humans and of a metaphysical God seem to flow naturally from the analysis. The use of the spiritual facet of self in therapy is briefly discussed.

**Keywords:** spirituality, self, contextualism, relational frames.

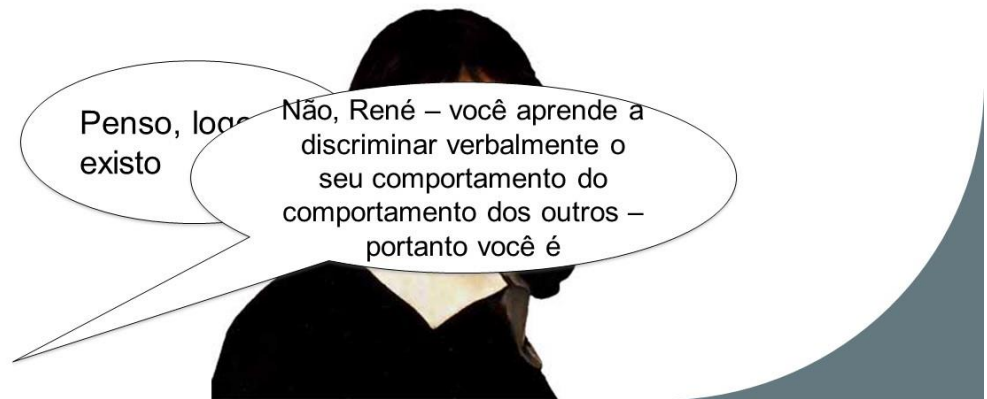
**Resumen:** En el lenguaje ordinario se hace una distinción clara entre el mundo de la materia y el mundo de espíritu. Aunque normalmente se piensa que el dualismo es incompatible con el conductismo, un análisis conductual de la autoconciencia sugiere que hay buenas razones para una conversación dualista. Algunas cualidades bien conocidas de los aspectos espirituales humanos y de un Dios metafísico parecen fluir naturalmente de este análisis (conductual). Se discute brevemente el uso de una faceta espiritual del self en la terapia.

**Palabras clave:** espiritualidad, self, contextualismo, marcos relacionales.

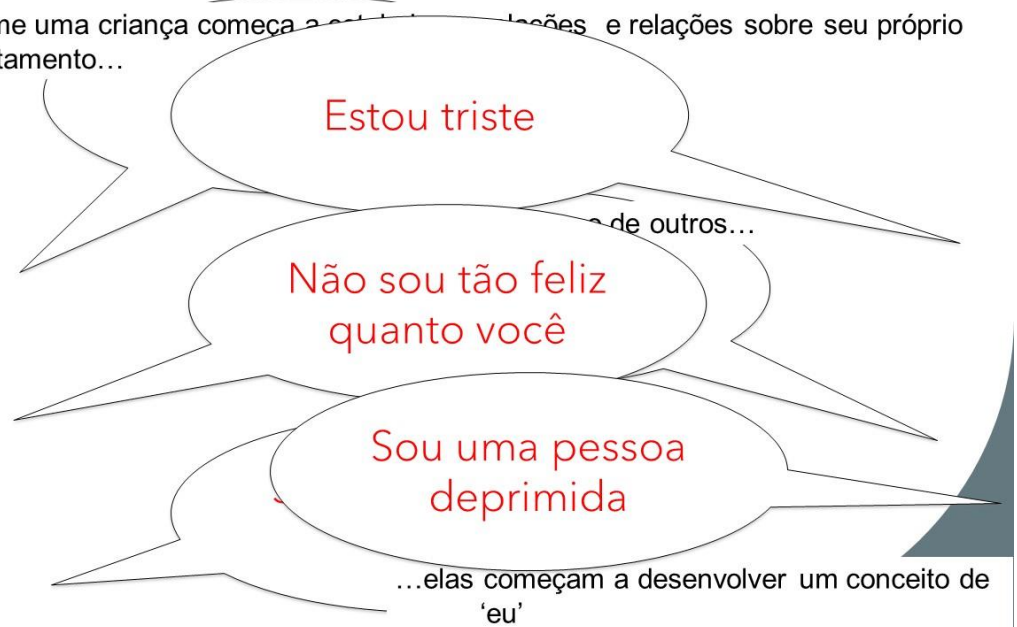
<sup>1</sup> Tradução feita por Raul Yvar Manzoni (raul.manzoni@gmail.com) com revisão de Roberta Komes, reproduzindo com a permissão do Cambridge Center for Behavioural Studies. Publicação original HAYES, S. C. (1984) Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.  
<sup>2</sup> Na data de publicação original deste artigo (1984) o autor estava na universidade apontada. Atualmente, ele é docente na Universidade de Nevada, Reno, nos Estados Unidos.

Revista Perspectivas • 2019 • vol. 10 • nº 02 • pp. 114-122 191 [www.revistaperspectivas.org](http://www.revistaperspectivas.org)

- Linguagem é responder a relações abstratas
- O que isso tem a ver com o 'self'?



Conforme uma criança começa a estabelecer relações e relações sobre seu próprio comportamento...



## A abordagem Comportamental Contextual sobre tomada de perspectiva

- Relações de *perspectiva* especificam uma relação em termos da perspectiva do falante

Considere as três relações de:



## A abordagem da CBS sobre tomada de perspectiva

Cada vez que se pergunta a uma criança:

"O que voce está fazendo aquí?"

"O que eu estava fazendo antes?"

"O que estou fazendo agora?"

"O que você fazia lá?"

O ambiente físico provavelmente vai ser diferente...

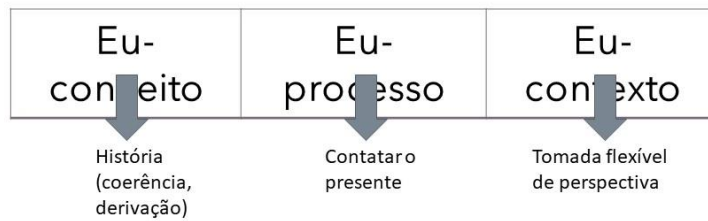
A única constante que permanece são as propriedades relacionais de:

**Eu versus Você**  
**Aquí versus Ali**  
**Agora versus Então**

## 3 Repertórios de "Eu"

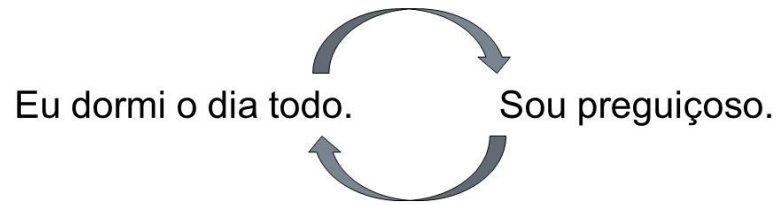
Eu- conceito	Eu- processo	Eu- contexto
-----------------	-----------------	-----------------

## 3 Repertórios de "Eu"





## A armadilha do eu-conceitual



Resultado: o único jeito de mudar seu futuro é mudando o passado. Você 'travou'!



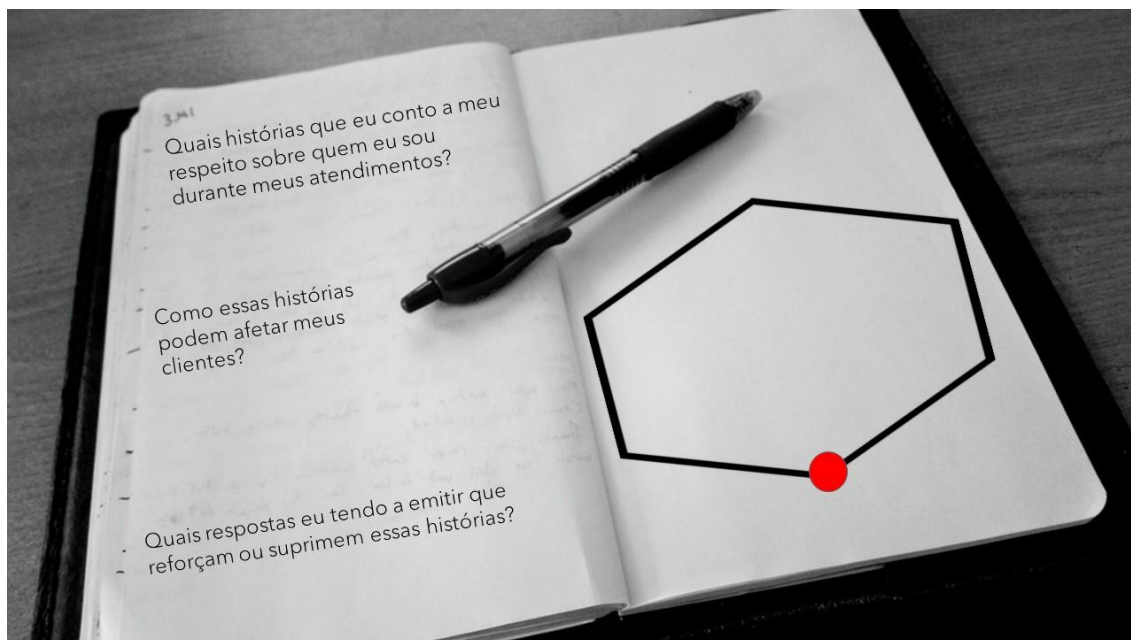
## **Self (Eu) Conceitual**

O self-conceitual envolve uma forte identificação de si mesmo com estados proeminentes de consciência como humor, pensamentos, papéis ou estados corporais. Tem como grandes "causas" os repertórios de esquiva experiencial e fusão cognitiva.

## **Self Conceitual é ruim?**

## Self como Contexto

O Self é o repertório verbal que nos dá noção de "eu". Quando ele é visto como contexto (perspectiva) isso quer dizer que ele é o local de onde as experiências podem ser observadas e sentidas - não tem limites ou formas.



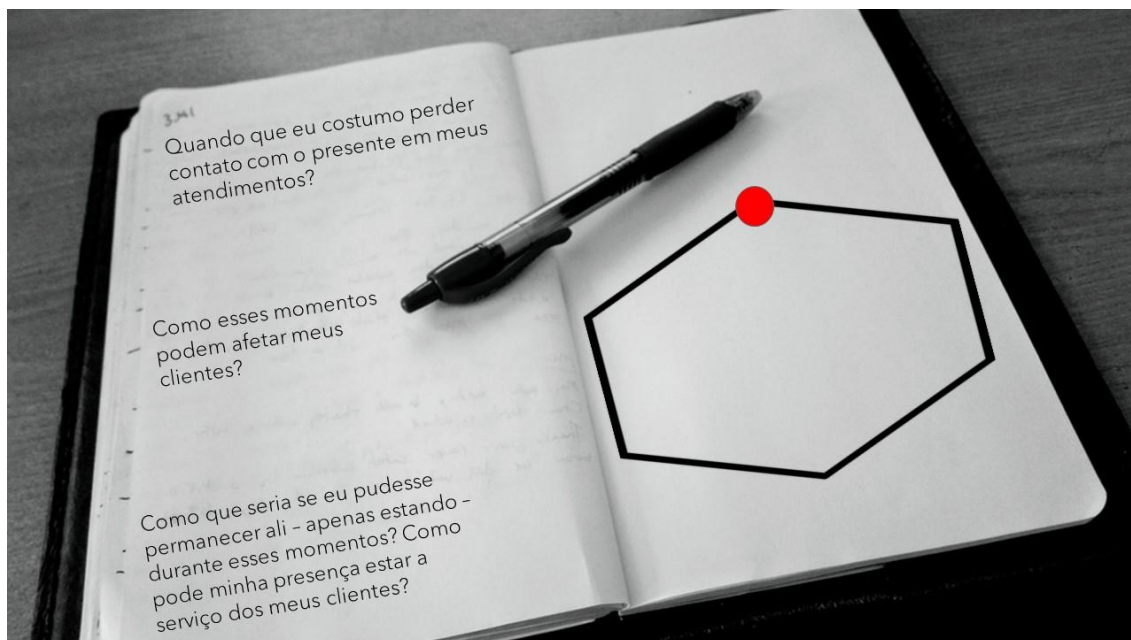
## **Perda de contato com o momento presente**

Estar "presente" é difícil. Constantemente estamos planejando, pensando, lembrando. Perda de contato com o momento presente pode ser vista como preocupação excessiva com um futuro conceitualizado ou apego excessivo ao passado

**Pensar no futuro ou  
relembrar o passado é  
ruim?**

## Contato flexível com o momento presente

Envolve a habilidade de um indivíduo de direcionar sua atenção de maneira focada, deliberada e, ao mesmo tempo flexível, ao momento presente. Faz sentido se conectado aos valores de um indivíduo.



## O/A Terapeuta que promove presença/consciência...

Utiliza métodos de foco no momento presente (ex., exercícios de *mindfulness*/atenção plena, convidar o cliente a notar, rastrear, perceber, etc) para aumentar a consciência do momento, o que inclui pensamentos e sentimentos

Auxilia o/a cliente a notar as condições (pensamentos, sentimentos, situações, etc) que fisgam a atenção do momento

Ajuda o/a cliente a sentir que ele/a/u é maior e/ou separado/a/e de suas experiências psicológicas

## Caso 4 para Role-play

- Uma mulher de 24 anos buscou tratamento por questões relacionadas à restrição alimentar. Ela alega evitar de comer com medo de engordar – quando come se sente culpada. “É como se tivesse uma vizinha na minha cabeça me julgando toda vez que eu faço”. Apresenta questões de saúde como anemia, amenorreia e queda de cabelo. Ela diz saber que o que faz é prejudicial para ela, mas ela simplesmente não consegue evitar. Quando ela sente os “gatilhos”, ela sente uma ansiedade muito forte e faz de tudo para não comer. Espera que a terapia vá ajudá-la com isso pois tem medo de morrer. Diz evitar de comer a um ponto em que evita contatos sociais, festas, entre outros.

## **ENGAJAMENTO**

***Conectado a valores e capaz de persistir na busca***

***Os valores são. . .***

*Construídos verbalmente, fornecem motivação e reforçamento intrínsecos  
Princípios de vida que organizam o comportamento ao longo do tempo*

***Ações com Compromisso...***

*São comportamentos específicos que “refletem” valores*

*São realizados na presença de eventos (experiências) públicos ou privados desagradáveis*



## **Falta de clareza de valores**

Repertório ausente – ou pouco exercitado – de ações valorosas. O foco está em repertórios verbalmente governados (no sentido de regras 'ineficazes') que levam a uma vida pouco (ou nada) significativa e governada por padrões rígidos e restritos de comportamento.

# Falta de clareza de valores é ruim?

## Valores

Consequências verbalmente construídas, livremente escolhidas, de padrões comportamentais dinâmicos, contínuos e em evolução que estabelecem reforçadores para o engajamento em uma atividade onde o próprio ato de responder é reforçador.



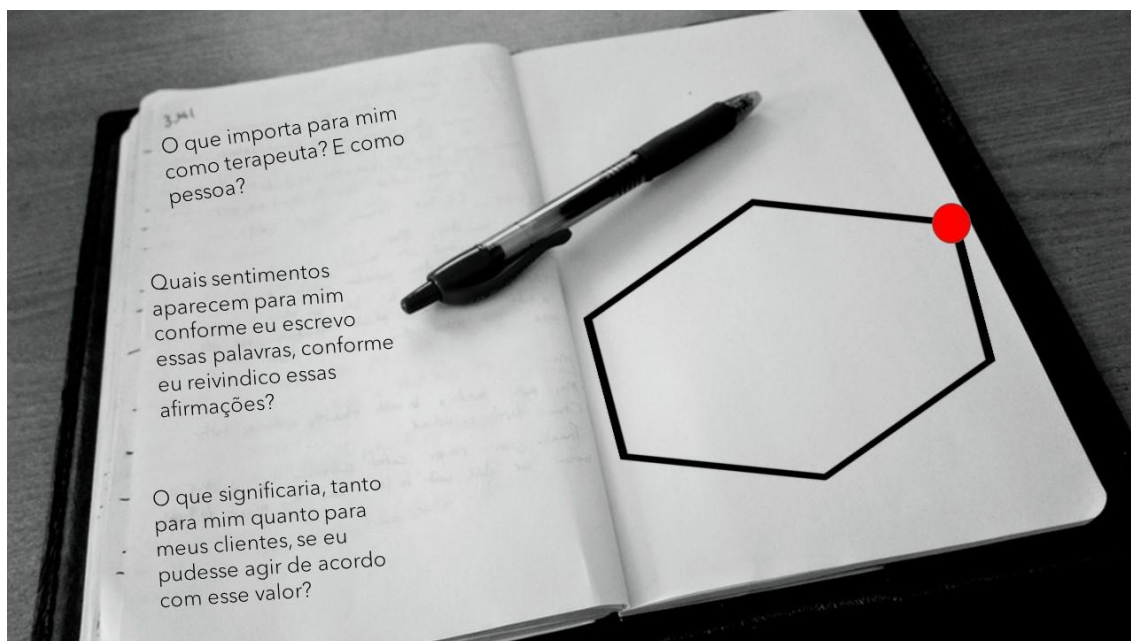
## Valores

- Consequências verbalmente construídas, livremente escolhidas, de padrões comportamentais dinâmicos, contínuos e em evolução que estabelecem reforçadores para o engajamento em uma atividade onde o próprio ato de responder é reforçador.
- “é o reforçamento que não é mediado pela ação deliberada de uma outra pessoa - ‘deliberado’ no sentido de ação feita por causa das consequências para a outra pessoa. O reforçamento é um resultado ‘natural’ do comportamento quando ele opera sobre o próprio corpo daquele que se comporta ou sobre o mundo ao redor. Em geral, o reforçamento pode ser condicionado ou incondicionado, positivo ou negativo. Além disso, o comportamento reforçado automaticamente pode ser verbal ou não verbal.” (Vaughan & Michael, 1982)

Não é “a coisa”

É o sentido “da coisa”





## Ações com Compromisso

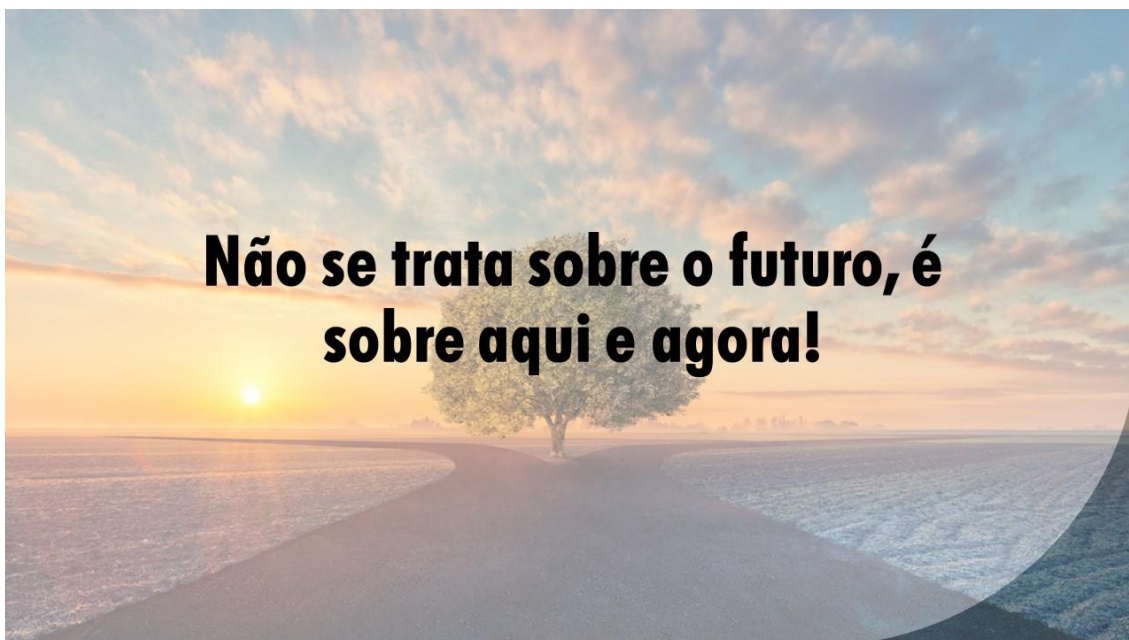
## Vamos 'definir' compromisso

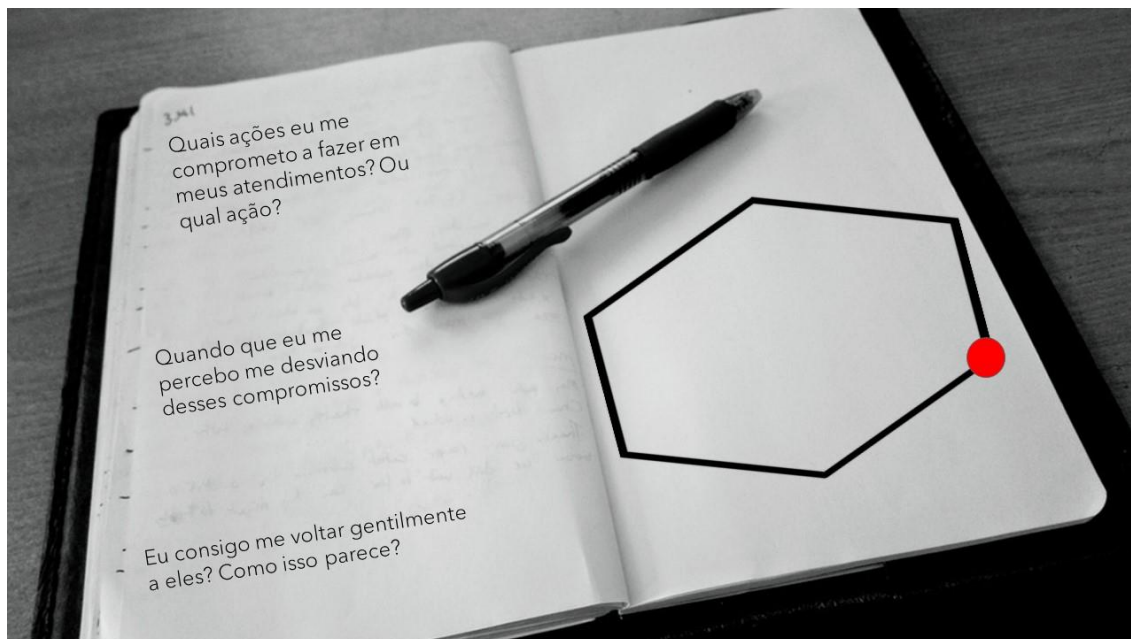
- No senso comum, 'compromisso' é quase sinônimo com alguma promessa feita em relação ao futuro



- Mas... Se sempre estivéssemos nos movendo em direção aos nossos valores, 'ação com compromisso' seria sinônimo de 'valores'. No entanto, ações com compromisso enfatizam a contínua escolha e "re escolha" de uma direção.

**Não se trata sobre o futuro, é sobre aqui e agora!**





## **O/A Terapeuta que promove compromisso...**

Dá oportunidades aos clientes para eles perceberem quais são estratégias eficazes e ineficazes (ex., destacar quando as ações de um cliente o distanciam ou aproximam de seus valores).

Oferece oportunidades aos clientes para que clarifiquem seus próprios valores (objetivos de vida abrangentes e qualidades de ação).

Ajuda os clientes a fazerem planos e definir objetivos com alta probabilidade de obter consequências reforçadoras (modela ações consistentes com valores).

## Caso 5 para role-play

- Um senhor de 73 anos buscou psicoterapia por estar se sentindo triste há algum tempo e com dificuldades de sono. Ele alega estar distante de sua filha (única) e que a vida se tornou monótona. No passado, foi professor universitário, mas no momento está aposentado. Como passatempo, ele diz que fica com seus gatos e assiste televisão. Diz que se sente mal por se sentir esquecido pelos outros e fala que não é culpa dele ele ter sido abandonado. Ela diz amar o próprio neto, de 6 anos, mas há tempo não o vê por conta de uma briga que teve com a filha há 3 anos que, segundo ele mesmo, foi por “um motivo bobo”. Diz não vê muitas razões para viver nem nada que a alegre muito como antes, mas assegura o/a terapeuta de que “não vou tentar suicídio nem nada, pode ficar tranquilo.” É uma pessoa com feições calmas e agradáveis, mas com uma tristeza latente. No passado, foi diagnosticado com Transtorno Bipolar tipo II mas acredita que esse diagnóstico não se sustenta.

## Tarefa para casa



Qual foi **uma** coisa que eu aprendi nesses dois dias que eu posso começar a exercitar?

---

# Obrigado!

Amplie a perspectiva

Ouçã com atenção

Fale de coração

Seja corajoso(a)/ousado(a)

---

## ANEXO

## ANEXO A – Questionário de Conhecimentos em ACT (AKQ)

## Questionário de Conhecimentos em ACT (AKQ)

Codificação
<p>Essa seção auxilia na criação de um código pessoal, único, que pode ser usado para ligar suas respostas pré e pós workshop. Não será utilizado para vincular suas respostas à você, visando sua identificação, de maneira alguma.</p> <p>Qual é a primeira letra ou número do nome da rua em que você reside? ____</p> <p>_____</p> <p>Qual é a segunda letra da sua cidade natal?_____</p>

**Instruções:** Esse questionário consiste em 16 itens sobre Terapia de Aceitação e Compromisso. Por favor, leia atentamente a cada questão e circule a letra que indica a resposta mais adequada à pergunta.

1. Imagine que um cliente diga, “Eu entendi que os pensamentos que eu tenho não são eu. Eu quero falar com outras pessoas que tem uma história traumática para que elas saibam que elas não são definidas pela sua história traumática. Neste exemplo, qual conceito provavelmente o cliente internalizou?
  - a. aceitação
  - b. self-como-contexto
  - c. desfusão
  - d. valores como objetivos
  
2. Quais das seguintes afirmativas não é uma que apresenta consistência com a ACT sobre ações comprometidas?
  - a. Se engajar em atividades de vida valorosas mesmo que barreiras psicológicas possam surgir.
  - b. O processo é mais importante do que o resultado de nossas ações.
  - c. A falha não é um resultado possível de uma ação verdadeiramente comprometida.
  - d. Se comportar com confiança não é o mesmo que se sentir confiança.
  
3. Em uma conversa sobre aceitação, um cliente responde: “Eu vou falar com a minha esposa sobre a dor que eu venho sentindo, mas somente se eu não me sentir sobrecarregado.” O cliente está com dificuldade em se apropriar:
  - a. da natureza “tudo-ou-nada” da aceitação

- b. da diferença entre aceitar e querer
  - c. da necessidade de ser aberto à experiência em todas as ocasiões
  - d. da ligação entre a aceitação e os valores
4. Se uma terapeuta usa a frase “Da maneira que é, não da maneira que diz ser”, ela está se referindo a:
- a. Ao processo de desfusão
  - b. Ao conceito de conceitualização de eu
  - c. Do processo de contato com o momento presente
  - d. Do conceito de self-como-contexto
5. De uma perspectiva ACT, o que há de problemático com esta frase de um terapeuta? “Quando sua namorada te disse que estava te deixando, isso te fez sentir triste.”
- a. Ligar emoções à eventos externos pode resultar em mais esquiva.
  - b. O terapeuta está reforçando o conteúdo da história.
  - c. O terapeuta identificou motivos como causas das emoções.
  - d. O terapeuta está se referindo a emoções como fenômenos reais.
6. Uma cliente conta a história de sua vida que inclui ingerir bebida alcoólica diariamente, três divórcios, mudança de residência a cada 12 meses, compulsão alimentar e repetidos episódios de auto-lesão. Qual processo é mais provável de conectar funcionalmente essas questões?
- a. comportamento mantido por fuga
  - b. esquiva experiencial
  - c. molduras relacionais de comparação e de tempo
  - d. fusão cognitiva excessiva
7. Discriminar a diferença entre julgamento e descrição é um componente de
- a. desfusão.
  - b. self-como-contexto.
  - c. aceitação.
  - d. valores.
8. Qual das seguintes frases melhor ilustra a confusão de um cliente enxergando seus objetivos como valores?
- a. Um homem quer ser um bom funcionário.
  - b. Um adolescente quer ser mais educado.
  - c. Uma mulher quer se tornar emocionalmente disponível para diversas pessoas em sua vida.
  - d. Uma mulher quer se casar.
9. De acordo com os manuais da ACT, quando um terapeuta diz a frase: “Se você não está aberto a ter, você tem” ele está ilustrando o conceito de
- a. desfusão



- b. controle como o problema
  - c. aceitação
  - d. valores
10. Quais das seguintes não é uma explicação de “psicopatologia” consistente com ACT?
- a. esquiva emocional
  - b. pensamento e padrões comportamentais ineficazes
  - c. fusão cognitiva
  - d. falta de ações com compromisso
11. Autopercepção continua é o mesmo que
- a. self-como-conteúdo
  - b. eu-conceitual
  - c. o self julgado
  - d. self-como-processo
12. Quais das seguintes não é uma frase sobre o contato com o momento presente?
- a. Pensamentos e sentimentos frequentemente se apresentam como conteúdos do passado ou future, mas são experienciados no agora.
  - b. Cultivar a consciência de pensamentos e emoções conforme eles ocorrem permite-nos perceber quando eles entram no caminho das ações valorosas.
  - c. Você não é seus pensamentos, memórias ou papéis.
  - d. A vida não é algo a ser vivido quando você tiver resolvido seus problemas, a vida acontece no agora.
13. Valores são
- a. qualidades não-verbais de ação
  - b. consequências de vida desejadas e globais, verbalmente construídas
  - c. uma decisão, não uma escolha
  - d. a soma das metas atingidas enquanto em um caminho de vida
14. Aceitação, conforme definido pela ACT, se refere à
- a. motivação de uma pessoa em tentar algo novo ou diferente em sua vida.
  - b. um sentimento ou crença de que é útil tolerar desconforto
  - c. perceber pensamentos como construções verbais
  - d. abrir mão da briga com o desconforto emocional e pensamentos perturbadores
15. O propósito da desesperança criativa é:
- a. De criar uma história coerente sobre o porquê de a vida do cliente ser dolorosa.
  - b. De ajudar um cliente a reconhecer que a vida dele ou dela, conforme é vivida agora, é sem esperança.

- c. De mostrar que as estratégias que o cliente tem usado para administrar suas experiências internas são ineficazes
- d. De ilustrar ao cliente que ele precisa encontrar novas maneiras de consertar seus problemas.

16. A crença “ansiedade é ruim” é um exemplo de

- a. um pensamento disfuncional
- b. falta de vontade
- c. fusão Cognitiva
- d. desliteralização

#### Gabarito

- 1. b
- 2. c
- 3. a
- 4. a
- 5. c
- 6. b
- 7. a
- 8. d
- 9. b
- 10. b
- 11. d
- 12. c
- 13. b
- 14. d
- 15. c
- 16. c

## ANEXO B - Medida de Fidelidade em ACT (ACT-FM Português)

Referência: O'Neill L., Latchford G., McCracken L.M. & Graham C.D. (2019): The development of the Acceptance and Commitment Therapy Fidelity Measure (ACT-FM): A delphi study and field test., *Journal of Contextual Behavioral Science*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.008>.

### Sobre a ACT-FM

Esta medida é destinada à terapeutas experientes em ACT e que compreendem os princípios da abordagem. Ela pode ser utilizada para avaliar a fidelidade de terapeutas em ACT em contextos diversos (ex: como uma ferramenta para avaliar seu próprio trabalho ou de alguém, ou como uma ferramenta de pesquisa). Os itens designados na medida abrangem quatro domínios-chave dentro da ACT: **Postura Terapêutica**, **Repertório de Abertura**, **Repertório de Consciência** e **Repertório de Compromisso**. Estes são delineados abaixo com suas definições. Dentro dessas áreas, haverá itens para avaliar o comportamento de terapeutas como consistentes ou inconsistentes. Por exemplo, na seção de Repertório de Abertura, um item ACT-consistente é: 'Terapeuta oferece oportunidade ao/a clientes sobre como ele/a interage com seus pensamentos e/ou sentimentos (ex: ora em esquivas ou em abertura)' e um item ACT-Inconsistente é: 'Terapeuta encoraja o/a cliente a "pensar positivo" ou a substituir pensamentos negativos por positivos como objetivo do tratamento.' A justificativa disso se dá pelo fato de ser possível ser tanto consistente como inconsistente em ACT dentro de uma mesma sessão, o que pode ser útil para se registrar propósitos de pesquisa ou de treinamento. Os itens consistentes e inconsistentes não são opostos um do outro. Se a avaliação de itens inconsistentes não for relevante para seus propósitos, sinta-se à vontade para omitir tais itens.

### Definições

#### Postura Terapêutica

A postura adotada pelo/a terapeuta é igualitária, compassiva e sem julgamentos. O/a terapeuta deve mostrar empatia e ser caloroso(a) e se guiar pelo que o/a cliente traz. O/a terapeuta não tenta mudar a mentalidade do/a cliente, mas busca orientar a observação de sua própria experiência se utilizando de técnicas

#### Repertório de Consciência

Esta é a habilidade de contatar o momento presente de maneira flexível. Isso pode envolver praticar exercícios elaborados para aumentar a habilidade dos clientes em prestar atenção, sem julgamentos, ao momento presente. O/a terapeuta pode encorajar aos clientes a adotarem uma perspectiva de observadores de suas próprias experiências psicológicas quando isto auxiliar em aumentar a efetividade do comportamento do/a cliente

#### Repertório de Abertura

Esta é a habilidade de se abrir a experiências e a descrevê-las e observá-las sem se emaranhar nestas ou em tentar diminuí-las. O/a terapeuta pode trabalhar em habilidades que promovam a abertura do/a cliente em se aquietar com pensamentos, emoções ou sensações difíceis quando a serviço dos valores e objetivos dos clientes. Eles [terapeutas] podem utilizar de técnicas ou exercícios de defusão com os clientes, dando a eles a oportunidade de perceber ou se distanciarem de seus pensamentos.

#### Repertório de Compromisso

Esta é a habilidade de identificar, clarificar e agir de acordo com seus valores de uma forma contínua. O/a terapeuta pode oferecer aos clientes oportunidades para identificarem seus valores. Eles podem ajudar os clientes a definir objetivos bem como as ações que sustentam seus valores e planejar e realizar tais ações.

## Como utilizar a ACT-FM

### Procedimento

- O foco desta medida é no comportamento do(a) terapeuta.
- Terapeutas podem não ter oportunidade de demonstrar todos os comportamentos descritos na ACT-FM, em especial em sessões curtas.
- Você deve pontuar baseado apenas nos comportamentos que você observou, não nos comportamentos que você imagina que o/a terapeuta teria demonstrado se tivesse tempo suficiente.
- Uma única demonstração de comportamento de terapeuta pode ser codificada para todos os itens relevantes, não apenas ao mais adequado.
- Antes de avaliar uma sessão, familiarize-se com a medida e seus itens de maneira que você possa identificar facilmente um item quando ver o/a terapeuta demonstrando-o.
- Tome notas abaixo de cada item conforme você ouve ou assiste à uma sessão.

### Pontuação

Dê uma pontuação para cada item baseado nos comportamentos que você ouviu ou observou com um círculo em volta do número próximo a cada item. Os itens são avaliados como 0 se o comportamento não ocorreu e de 1 a 3 caso o comportamento tenha ocorrido. Somente avalie um comportamento com um número maior que 0 caso você veja ou ouça exemplos do comportamento. Pontuações mais altas (2 e 3) são oferecidas ao comportamento ocorrendo de forma mais consistente. Forneça apenas pontos inteiros em suas respostas (ex: não pontue com 2.5). Você precisará utilizar seu julgamento e expertise clínica quando pontuar, levando em consideração o contexto da sessão de terapia e considerando a função do comportamento do/a

Nome do avaliador e qualificação profissional:

Data da avaliação (DD/MM/AAAA):

Nome do terapeuta e qualificação profissional:

Identificação do(a) cliente:

Número da sessão:

Data da sessão:

Duração da sessão sendo avaliada:

#### Pontuação

0 = Este comportamento nunca ocorreu

2 = Terapeuta às vezes demonstra este comportamento

1 = Terapeuta raramente demonstra este comportamento

3 = Terapeuta demonstra consistentemente este comportamento

### Postura Terapêutica

ACT consistente	Avaliação
1 O/a terapeuta adota métodos sensíveis a situação e a ao contexto (e. g., de uma maneira flexível ao invés de uma abordagem "enlatada")	0 1 2 3-
2 O terapeuta utiliza métodos/técnicas experienciais (e. g., auxilia o cliente a notar sua própria experiência ao invés de pensamentos sobre a experiência)	0 1 2 3-
3 O/a terapeuta comunica que é natural experimentar pensamentos e sentimentos dolorosos ou difíceis quando se está em circunstâncias como as vividas pelo cliente	0 1 2 3-
4 O/a terapeuta demonstra abertura em se aquietar com os seus próprios pensamentos e sentimentos dolorosos e do cliente e as situações que dão origem a esses	0 1 2 3-

ACT inconsistente	Avaliação
5 O/a terapeuta dá sermão aos clientes (ex: dá conselhos, tenta convencer cliente de algo, etc).	0 1 2 3-
6 O/a terapeuta se apressa em tranquilizar, diminuir ou mudar os pensamentos e sentimentos "desagradáveis" ou "difíceis" quando estes surgem	0 1 2 3-
7 As falas do/a terapeuta estão em um nível excessivamente conceitual (ou seja, o/a terapeuta enfatiza excessivamente na compreensão verbal de conceitos em vez de utilizar métodos experienciais para a mudança comportamental	0 1 2 3-

### Repertório de Abertura

ACT consistente	Avaliação
8 O/a terapeuta ajuda o/a cliente a perceber os pensamentos como experiências separadas dos eventos que eles descrevem.	0 1 2 3-
9 O/a terapeuta oferece ao/a cliente a oportunidade de perceber como ele/a interage com seus pensamentos e/ou sentimentos (ex: de maneira mais aberta ou evitativa).	0 1 2 3-
10 O/a terapeuta encoraja o cliente a "permanecer com" pensamentos e sentimentos dolorosos (a serviço de seus valores).	0 1 2 3-

**Pontuação**

0 = Este comportamento nunca ocorreu

2 = Terapeuta às vezes demonstra este comportamento

1 = Terapeuta raramente demonstra este comportamento

3 = Terapeuta demonstra consistentemente este comportamento

<b>ACT inconsistente</b>	<b>Avaliação</b>
11 O/a terapeuta encoraja o/a cliente a controlar ou diminuir seu sofrimento (ou outras emoções) como o objetivo principal da terapia.	0 1 2 3-
12 O/a terapeuta incentiva o/a cliente a “pensar positivo” ou a substituir pensamentos negativos por positivos como um objetivo do tratamento.	0 1 2 3-
13 O/a terapeuta encoraja ou reforça, implicitamente, a visão de que fusão ou esquiva são ruins em vez de avaliar tais comportamentos com base no seu funcionamento.	0 1 2 3-

**Repertório de Consciência**

<b>ACT consistente</b>	<b>Avaliação</b>
14 O/a terapeuta usa estratégias de foco no momento presente (ex: exercícios de atenção plena, <i>tracking</i> , observação, etc) para aumentar a consciência do momento, incluindo pensamentos e sentimentos.	0 1 2 3-
15 O/a terapeuta auxilia o/a cliente a perceber os estímulos (pensamentos, sentimentos, situações, etc) que afastam do momento presente.	0 1 2 3-
16 O/a terapeuta auxilia o/a cliente a experienciar que é maior e/ou separado de suas experiências psicológicas	0 1 2 3-

<b>ACT inconsistente</b>	<b>Avaliação</b>
17 O/a terapeuta introduz ou utiliza de métodos de <i>mindfulness</i> e/ou <i>self-como-contexto</i> como maneira de controlar, diminuir ou distrair de pensamentos, emoções e sensações corporais indesejadas.	0 1 2 3-
18 O/a terapeuta apresenta ou utiliza de métodos de <i>mindfulness</i> e/ou <i>self-como-contexto</i> para desafiar a precisão sobre crenças ou pensamentos.	0 1 2 3-
19 O/a terapeuta introduz métodos de <i>mindfulness</i> e/ou <i>self-como-contexto</i> como exercícios estereotipados [manualizados].	0 1 2 3-

**Repertório de Compromisso**

<b>ACT consistente</b>	<b>Avaliação</b>
20 O/a terapeuta oferece ao/a cliente a oportunidade de notar respostas que funcionam e que não funcionam (ex: se as suas ações aproximam ou afastam de seus valores).	0 1 2 3-
21 O/a terapeuta oferece ao/a cliente a oportunidade de clarificar seus próprios valores (objetivos de vida abrangentes e qualidades de ação)	0 1 2 3-
22 O/a terapeuta auxilia o/a cliente a traçar planos e definir metas prováveis de obterem consequências reforçadoras (ou seja, modela ações consistentes com valores).	0 1 2 3-

**Pontuação**

0 = Este comportamento nunca ocorreu

2 = Terapeuta às vezes demonstra este comportamento

1 = Terapeuta raramente demonstra este comportamento

3 = Terapeuta demonstra consistentemente este comportamento

**ACT inconsistente****Avaliação**

23	O/a terapeuta impõe seus próprios valores, ou da sociedade, sobre o/a cliente (ou seja, sugere que o/a cliente deve ou não valorizar ou como deve aparentar quando você valoriza algo).	0	1	2	3-
24	O/a terapeuta encoraja a tomada de ações em primeiro ouvir, explorar ou demonstrar curiosidade a respeito das experiências psicológicas do/a cliente (ex: pensamentos, sentimentos e emoções dolorosas).	0	1	2	3-
25	O/a terapeuta encoraja os planos que o/a cliente propõe mesmo quando o/a terapeuta nota claramente que existem inviabilidades práticas.	0	1	2	3-

**Pontuação**

Um escore total para cada subescala pode se calcular ao somar os 3 itens juntos. A seção ACT-Consistente da Postura Terapêutica possui 4 itens então, por favor, converta isto para resultar em um total de 9 alinhado às outras sessões: Some os 4 itens, divida-os por 4 e multiplique-os por 3. Os itens remanescentes de ACT-Consistente

ACT-Consistente Postura Terapêutica(0-9) = -

ACT-Consistente Repertório de Abertura (0-9) = -

ACT-Consistente Repertório de Consciência (0-9) = -

ACT-Consistente Repertório de Compromisso (0-9) = -

**Escore Total ACT-Consistente(0-36)=**

ACT-Inconsistente Postura Terapêutica(0-9) = -

ACT-Inconsistente Repertório de Abertura (0-9) = -

ACT-Inconsistente Repertório de Consciência (0-9) = -

ACT-Inconsistente Repertório de Compromisso (0-9) = -

**Escore Total ACT-Consistente(0-36)=**