

Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção de aceitação emocional

Maria Zilah da Silva Brandão*¹

O presente capítulo tem como objetivos apresentar reflexões, questionamentos e estudos de caso sobre a Esquiva Experiencial na Terapia de Grupo.

Para isso o capítulo foi dividido em tópicos, onde serão encontrados:

- Esquiva Experiencial, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a condição humana perante a dor.
- Experiências terapêuticas em que os princípios da ACT foram usados em grupos com formato tradicional.
- ACT: Estratégias didáticas e exercícios experienciais para grupos
- ACT: fundamentos filosóficos e teóricos; metas propostas para a situação terapêutica e pesquisas sobre ACT em grupos.

A experiência de trabalhos com esta proposta tem sido bastante enriquecedora para a terapeuta e autora deste capítulo.

* PsicC – Instituto de Psicoterapia e Análise do Comportamento, Londrina, PR.

1. A condição humana perante a dor

“Um monge caminha na floresta, pensativo e preocupado. É apenas um monge comum, não um sábio, não um liberto vivo: não conheceu o despertar, não conheceu a iluminação. Por que está preocupado? Porque ficou sabendo que seu mestre – que era, por sua vez, um sábio, um liberto vivo, um desperto –, que seu mestre, portanto morreu, o que não é grave, assassinado a pauladas por salteadores, o que tampouco o é. Não há a menor necessidade de ser um sábio para compreender que é preciso morrer mais dia menos dia e que a causa não importa muito, que isso apenas impermanência e vacuidade. Qualquer monge que seja sabe disso. Por que, então essa frente preocupada, essa perplexidade, essa inquietude vaga? Porque uma testemunha, que viu a cena, contou a nosso monge que o sábio, durante as pauladas, gritava atrozmente. E era isso que perturbava o nosso monge. Como um liberto vivo, um desperto, um Buda, podia gritar atrozmente por algumas pauladas impermanentes e vazias? Para que serve a sabedoria, se é para gritar como um ignorante qualquer? Absorto nessa meditação, nosso monge não viu aproximar-se um bando de salteadores, que o atacam de repente e partem-lhe os ossos a pauladas. Durante as pauladas nosso monge gritou atrozmente. Ao gritar, conheceu a iluminação.

Que lição tiro disso? Entre outras, esta, que a dor e a angústia fazem parte do real. Que fazem parte da salvação. Que são eternas e verdadeiras, tanto quanto o resto. E que a sabedoria está na aceitação do real, não em sua negação. O que mais natural, quando se sente dor do que gritar? O que mais sábio, quando se está angustiado, do que aceitá-lo? “Enquanto fazes uma diferença entre o samsara e o nirvana”, dizia Nagarjuna, “estás no samsara”. Enquanto você faz diferença entre sua pobre vida e a redenção, está em sua pobre vida.” (Comte Sponville, 1997, pp 19-20)

O bloqueio do comportamento de fuga-esquiva na sessão terapêutica tem sido amplamente discutido por seus supostos efeitos aversivos para o cliente e para o terapeuta.

Sabe-se que alguns assuntos e algumas reações emocionais do terapeuta que acontecem na sessão provocam estados corporais negativos no cliente, levando-o a fugir e, assim,

sentir-se aliviado. No entanto, muitas vezes, fugir de tudo ruim é justamente o comportamento clinicamente relevante do cliente.

Hayes e Wilson (1994) discutem a aquisição do conceito verbal “ruim” e a forma como o termo se associa verbalmente a muitas outras palavras, participando da formação e mudança do significado de muitos eventos da vida. Assim, passa-se a fugir ou evitar muitos eventos associados a ruim, mesmo os não experienciados como tal.

Infelizmente, pela própria natureza do ser humano, não poderemos nunca evitar todos os eventos ruins. Este é o caso dos comportamentos encobertos como os pensamentos e sentimentos. Como mudá-los se as contingências aversivas permanecerão, em algum grau, sempre presentes ou com a probabilidade real de se fazerem presentes?

A terapia deve evitar técnicas aversivas para promover mudança comportamental; talvez não se deva jamais usá-las. O que é impossível evitar são respostas emocionais negativas que o cliente já traz para a sessão. Não se trata de “produzir” essas sensações ou sentimentos, mas sim de “aceitar” com que elas ocorram livremente na sessão, em função não só do contexto da terapia, mas também em função das próprias associações verbais inerentes ao seu relato.

O terapeuta reforçador, que constrói uma relação de confiança com o cliente, não pode, mesmo assim, evitar sentimentos dolorosos do cliente, produtos de sua história e de seu dia-a-dia. O que esse relacionamento faz é ajudá-lo a suportar melhor seu sofrimento e as sensações positivas provenientes dele.

A redução do sofrimento acontece em função de processos de inibição recíproca, quando a confiança se contrapõe à ansiedade em função da extinção respondente, e segundo Hayes e Wilson (1994) em decorrência da recontextualização que se refere à idéia de que não é mais necessário lutar contra a ansiedade.

Para Hayes esse processo de diminuição do sofrimento do cliente também pode ocorrer em função da modificação dos contextos sócio-verbais de literalidade, razão e controle, que sustentam o significado das palavras e dos eventos. Quebrando

esses contextos, na terapia, as emoções poderiam ser sentidas de outra forma ou com menor intensidade.

As terapias comportamentais tiveram por muito tempo um enfoque nas mudanças de comportamento; a ACT, Terapia de Aceitação e Compromisso, propõe a aceitação. Esta se refere aos comportamentos encobertos ou aos respondentes. O termo é a aceitação emocional. A ação, em contrapartida, pode estar sujeita as mudanças. É o enfrentamento gradual da vida.

Revedo, não se trata de dizer que o terapeuta possa ou deva usar técnicas aversivas; não pode e não deve. A técnica chamada bloqueio de fuga-esquiva, refere-se a ajudar o cliente a vivenciar aquilo que é inescapável: seus sentimentos, sensações e pensamentos ruins, produtos de contingências reais da vida. Não é o terapeuta que, deliberadamente, constrói na sessão experiências aversivas. Ele apenas permite a ocorrência de algumas delas, e ajuda o cliente a aceitá-las, usando um relacionamento elaborado em bases positivas.

Quanto à Psicoterapia Analítica Funcional, a idéia de produzir Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs) que representem o problema do cliente, não trata de criar sentimentos, mas, sim, de levá-los a ocorrer em um ambiente que tem o objetivo de consequenciar, positivamente, o comportamento antes punido e levar os clientes a identificar a tríplice relação de contingência (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

O cliente que procura terapia nem sempre é um ignorante da vida. Ele já tentou não sofrer, e ele já sabe não ser possível viver sem passar por eventos aversivos. Talvez ele espere que o terapeuta tenha uma solução mágica; mas o terapeuta não a tem.

A mágica consiste em aceitar sentimentos e sensações, resultados de sua história e apresentar ações novas para produzirem contingências mais amenas e positivas que, com o passar do tempo, produzirão os sentimentos positivos que o cliente tanto busca. Infelizmente, os negativos também continuarão a existir, uma vez que contingências aversivas podem acontecer independentemente ou não das ações. Entretanto, espera-se que a experimentação do bom e do ruim melhore o suporte do cliente para sua vida. Muitos

clientes relatam, na terapia, achar que não “darão conta” do sofrimento inevitável, e a aceitação modifica essa percepção, permite reformular essa regra.

As terapias de tolerância e aceitação emocional não são uma proposta sádica para levar o cliente a aprender a sofrer, criando, arbitrariamente, tal sentimentos na sessão, por meio de técnicas aversivas. Elas representam uma estratégia para lidar com a esquiva experiencial, um padrão comportamental comum na psicopatologia que dificulta o contato com as situações potencialmente reforçadoras, restringindo o repertório comportamental do indivíduo.

Carlos procurou terapia aos 16 anos, por não estar mais saindo de casa, como forma de evitar ansiedade decorrente de encontrar colegas vistos como líderes. Carlos havia se assustado muito com algumas reações de ansiedade que ocorreram em uma viagem com eles, onde se sentiu constrangido e envergonhado pela sua “timidez”. A sensação foi tão aversiva que, para não se sentir mais assim, passou a evitar qualquer contato com eles e com outras pessoas de sua idade.

A apresentação pelo cliente do comportamento previamente punido (estabelecer contato) na sessão, foi inicialmente aversiva, até que contingências positivas de apoio do terapeuta e de outras, proveniente da não ocorrência do estímulo aversivo, tomasse lugar.

A tolerância é o tempo que o cliente precisa agüentar entre a apresentação do estímulo e extinção da resposta, para a ansiedade decrescer.

A tolerância e a aceitação emocional são facilitadas pela empatia e análise funcional do comportamento e pelo grau de confiança do cliente no terapeuta e no procedimento clínico. Esses fatores, na verdade funcionam como eventos disposicionais que alteram a probabilidade do cliente engajar-se na experiência do momento. O enfrentamento apropriado tenderá a diminuir os déficits comportamentais.

A aceitação e a tolerância emocional são processos diferentes sendo que o primeiro envolve mais aspectos do que o segundo. São recomendados para tratar clientes submetidos a contingências aversivas traumáticas e outros que vivenciam

problemas existenciais, entendidos aqui como a experiência emocional negativa. Esta experiência é proveniente do conhecimento da inevitabilidade de contingências aversivas futuras, resultantes de aprender o significado dos eventos por meio da equivalência que as palavras têm com os fatos e atos, através da possibilidade das primeiras se desprenderem destes e se associarem a outros estímulos verbais, mudando seus significados iniciais.

Temos medo da morte embora ainda não tenhamos morrido e esse medo é em grande parte construído verbalmente, uma vez que a vida nem sempre é tão boa que a morte pudesse ser encarada como a punição negativa (retirada de algo bom).

A esquiva experiencial é um padrão comportamental baseado numa generalização inadequada, construída verbalmente, partindo do pressuposto de que é possível livrar-se dos sentimentos negativos, da mesma forma que nos desviamos de um objeto cortante que nos machuca fisicamente. Não é bem assim; sentimentos negativos, assim como a esquiva, são decorrentes de situações aversivas passadas, atuais e dos significados das palavras dos quais não conseguimos nos livrar por meio da luta.

Sentimentos não são passíveis de controle voluntário e sua experiência colocada num contexto terapêutico de confiança pode produzir aceitação, entendida como um comportamento ativo de dispor-se a viver a experiência, até que se reduza a aversividade.

Comte-Sponville (1997) ajuda a entender esses processos comportamentais, indicando que a vivência da angústia, por exemplo, paradoxalmente, melhora a "sanidade mental". O autor faz um belo comentário a esse respeito no trecho a seguir.

Não esqueçamos, porém, que a medicina só é válida para os doentes, e que não se poderia considerar como tal todo o indivíduo que teme morrer, sofrer ou não ser amado. Onde está o sintoma? Onde está a patologia? Ele sofrerá de fato, e jamais será amado, com toda evidencia, como teria desejado. E então? Resta-lhe enfrentar isso, se puder, em vez de fugir. Sofre com isso? Mas onde já se viu que todo sofrimento seja patológico? Que todo sofrimento seja nefasto? Ele o é, se impede viver ou

agir. Mas se ele ajuda? Se impele isso? Se é fator de revolta ou de combate? Vai-se renunciar a pensar, por que isso angustia? A viver porque isso causa medo? A amar, porque isso causa dor? Aceitemos, ao contrário, tanto quanto pudermos, e o podemos apesar de tudo, ao menos um pouco, ao menos às vezes, e esse é justamente o sinal de nossa sanidade, aceitemos em vez de sofrer e de tremer. (Comte-Sponville, 1997, pp 16-17).

2. Grupos terapêuticos: criando contextos para promover aceitação emocional.

"... mas o homem, como o conhecemos, melhor ou pior, é o que o homem fez do homem" (Skinner, 1971).

Para o trabalho do analista do comportamento a situação de terapia de grupo provê oportunidades únicas para o desenvolvimento de processos de mudança comportamental que utilizam a força grupal para criar um contexto sócio verbal que permite e valoriza a quebra de alguns paradigmas e regras que estão prendendo o cliente em seus problemas.

Inicialmente, os clientes temem o julgamento e a crítica dos demais membros do grupo. Isto acontece porque eles a levam a sério, como se fosse verdade e também porque não conseguem restringir a crítica ao seu comportamento: encaram-na como uma crítica ao seu "eu", não enxergam a separação entre o "self" e o comportamento.

O medo da crítica faz com que os relatos dos clientes estejam sob controle do grupo e que os controles internos estejam enfraquecidos. O terapeuta deverá buscar procedimentos que levem seus membros a mudar a fonte de controle, e que comecem a responder mais aos seus sentimentos produzidos pelo aqui e agora da sessão. O exemplo e estimulação do terapeuta para participações que não são punidas, também facilitam esta mudança.

Os membros podem ajudar a pessoa a reconhecer e agüentar o medo da crítica e praticarem a difusão cognitiva, ou seja, separar o pensamento sobre a crítica e suas conseqüências, da crítica em si mesmo. Strosahl, Hayes, Wilson e Gifford (2004)

definem fusão cognitiva como a crença de que um pensamento que interpreta a experiência é realmente verdade.

Segundo Walser e Pistorello (1994), o processo de trabalho em grupo de ACT, está focado em minar aspectos da comunidade sócio-verbal que promove esquiva da experiência e fusão cognitiva. Estes aspectos são particularmente importantes quando se conduz um grupo de ACT, porque o contexto do grupo em si mesmo, é uma comunidade social que exerce algumas influências previsíveis em seus membros.

Qualquer reação emocional agradável ou desagradável que surja na sessão, assim como qualquer fato imprevisível que ocorra e poderia ser considerado disruptivo em outra abordagem, é material importante para o aqui e agora da sessão.

Excelentes experiências grupais podem ser observadas quando o terapeuta ou algum elemento do grupo aponta para os contextos sócio-verbais que estão determinando as ações e relações do grupo. Hayes e Wilson, (1994), descrevem o feito dos contextos de literalidade, controle e das razões na busca desesperada que o cliente faz para controlar seus eventos privados. Nesta luta, as reações emocionais aparecem com mais força e os clientes começam a vivenciar o contrário do desejado: a ansiedade aumenta.

O contexto de literalidade faz com que as palavras por associação com os fatos aversivos produzam reações semelhantes a eles.

Essa reação, explicada experimentalmente nas pesquisas sobre equivalência de estímulos e pela teoria dos quadros relacionais (R.F.T) (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), é automática e parece natural para as pessoas em geral e para clientes em particular, que nem sempre discriminam a diferença entre palavra e fato. As reações podem parecer deslocadas e exageradas quando estas palavras começam a ter independência e a produzir reações aversivas distantes da realidade que as produziram. Este é o caso do medo de crítica, da avaliação negativa do outro sobre você: a palavra “**crítica**” (dita ou pensada) produz a esquiva pelo seu significado, mesmo que não tenha havido experiência aversiva direta com ela e que as pessoas, concretamente, nada possam fazer contra você.

Uma cliente com fala fantasiosa, que a protegia da realidade e da verificação alheia, provocava reações estranhas no grupo que não sabia como mostrar o que era real e o que era exagero. Por via das dúvidas, o grupo dava atenção para tudo. A situação foi ficando insuportável.

A T. não queria ajudar, pois achava que o grupo poderia resolver sozinho. Ela também lembrou das dicas de Walser e Pistorello (2004) em relação aos erros mais frequentes do terapeuta, nas suas experiências: pensar que o grupo é fraco demais e superproteger, não querendo que eles sofram; e/ou querer proteger a cliente que estava na “berlinda” pensando que ela não iria agüentar.

Infelizmente, isto sempre pode acontecer no meio de uma sessão na qual o terapeuta “muda de idéia” ou “vira a casaca”, e modifica a proposta do grupo cortando a experiência e aceitação de emoções negativas.

Nesse caso, a “sabedoria” venceu e o terapeuta calou-se. O grupo fez silêncio e ficou ouvindo a cliente que depois de alguns minutos disse ao grupo que achava que todos estavam olhando para ela com uma “cara esquisita”. Um membro do grupo disse que também achava isso e perguntou o que ela pensava estar acontecendo naquele momento. A cliente respondeu que achava que ela não estava “agradando”. Um membro do grupo disse que gostava dela, mas que sua fala fantasiosa o deixava irritado (separou a pessoa de seu comportamento). Outros elementos do grupo concordaram e o terapeuta sugeriu que ela tentasse, agora, falar o que tinha realmente acontecido na sua vida tentando só descrever o fato sem avaliá-lo ou julgá-lo (separar o fato do julgamento ou avaliação do fato). O grupo reforçou diferencialmente o esforço da cliente em desenvolver uma fala convencional que atingisse esse objetivo.

Nesse caso, é importante ressaltar a diferença entre promover aceitação e retirar a contingência reforçadora que poderia estar mantendo o relato fantasioso da cliente. Apenas não dar atenção à fala fantasiosa poderia ter mantido o medo de crítica, provocado raiva ou esquiva, e o grupo também se esquivaria do constrangimento em analisar assuntos pessoais delicados, não levando, assim, à aceitação emocional.

O processo de aceitação no grupo terapêutico pode ocorrer com muita frequência e na presença de controles bastante sutis.

O terapeuta do grupo precisa saber se a confrontação entre grupo, terapeuta e cliente foi aversiva e até que ponto. Há formas diretas e indiretas para se obter essas respostas. Entre as formas diretas há a possibilidade de questionários pós-sessão e, o que é mais freqüente, a análise do “aqui e agora” após cada situação de confronto.

A forma “indireta” seria observar, na mesma ou em outra sessão, o movimento do grupo para fazer outros confrontos, quando necessários.

Brandão (1999) discute esse assunto procurando diminuir a conotação aversiva desse termo e definindo confronto como um “convite” a terapeutas e clientes para debruçarem-se sobre o “aqui e agora” da sessão e expor opiniões e sentimentos sinceros sobre o assunto em questão.

Para a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), diferentemente da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), as situações de confrontação são convites à reflexão, precisam estimular a percepção e vivência do cliente dos seus próprios sentimentos e sensações. Nem sempre a relação terapêutica é o objetivo de interesse. O que foi vivenciado pelo cliente é o que precisa ser captado. Essa é uma diferença entre FAP e ACT nos processos grupais: a FAP estimula análises interpessoais e a ACT intrapessoais, sem que uma análise exclua a outra. Ao contrário, a proposta para o grupo seria uma associação entre ACT e FAP denominada FACT, termo bastante sugestivo (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004).

O foco até agora tem sido a promoção de aceitação emocional e a difusão cognitiva como estratégias para romper a esquiva experiencial, para superar os controles sócio-verbais que empurram para as tentativas de controle dos pensamentos e sentimentos, vistos como causa do comportamento.

Um dos exemplos interessantes sobre a tentativa de controlar sentimentos pode ser visto no caso de Maria (recebeu esse nome popular por representar muitos clientes com este padrão de comportamento).

Maria, uma cliente de 30 anos, freqüentava o grupo para ser menos ansiosa, menos “estressada”; seus padrões de esquiva experiencial eram tão freqüentes e consistentes que pareciam uma “característica inata de personalidade”. Ela respondia racionalmente às experiências do grupo mesmo quando se emocionava; não demonstrava sua emoção, apenas falava sobre ela.

Nos seus relatos sobre sua história de vida chegou um dia a contar para o grupo que a mãe tinha tido um “problema” quando ela tinha 10 anos e, em função disso, teve que se mudar para outra cidade, deixando a filha e o irmão (dois anos mais velho) com o pai, por 4 anos. Ao relatar esse fato a cliente falou tanto, explicando, dando razões convincentes ao comportamento da mãe que o grupo todo “entrou” na análise de Maria e não questionou as razões e as justificativas dadas pelo cliente sobre o comportamento da mãe e os sentimentos provocados por ela na cliente.

O grupo passou batido pela “frieza” inerente ao relato da cliente. Estava óbvio o controle que a cliente exercia sobre seus sentimentos e os do grupo; o rol de razões usadas como causa para o comportamento da mãe e, principalmente, o controle da raiva, mágoa, decepção e tristeza que o abandono da mãe havia lhe causado.

O contexto sócio-verbal em que vivemos torna muito difícil admitir raiva ou desprezo pelos próprios pais. Esses sentimentos (dado esses contextos) geram culpa e vergonha. Como quase todos os seres humanos têm sentimentos fortes (negativos e positivos) com relação aos pais, a empatia pelos clientes do grupo que poupam os pais é muito grande. Esse era o caso de Maria. Esse era o caso do grupo. Presos no contexto que os mantinha na busca de controlar a dor.

A terapeuta não poderia deixar passar essa oportunidade de evidenciar o controle dos contextos sócio-verbais e de promover aceitação, bloqueando a esquiva do grupo. A terapeuta também não queria desrespeitar a dor da cliente e a empatia do grupo; escolheu, então, uma estratégia indireta para lidar com o problema. Ela começou dizendo que pais e mães são pessoas imperfeitas como todos os seres humanos, e que só agora, com 40 anos, tendo também vivenciado o papel de mãe, é que compreendia os ataques

agressivos de seu pai na infância quando ela o contrariava por coisas sem grande importância. Um cliente do grupo falou que também tinha sofrido muito com a falta de participação da mãe em sua vida, em vários momentos, em que a mãe estava ocupada com outros filhos ou problemas.

Vários elementos do grupo interromperam o relato da T. e também começaram a falar de suas experiências e dores na infância. Um cliente, que teve um pai muito autoritário, falou de sua raiva e ódio por nunca ter sido ouvido pelo pai. Chorou ao contar as situações nas quais teve que se submeter às vontades dele. A T. validou a expressão de raiva do cliente mostrando que determinadas situações inevitavelmente geram este sentimento.

Nesse momento, outra cliente perguntou para Maria se ela não tinha raiva da mãe tê-la abandonado. Maria disse que não, que tinha pena da mãe e entrou em outro rol de explicações.

A colega que havia feito a pergunta respondeu que achava que ela estava protegendo, defendendo a mãe. Que as justificativas dela pareciam esquivas. Por que você não teve raiva dela? Quatro anos de afastamento dos filhos é algo sério. Maria permaneceu em silêncio e outras pessoas do grupo contaram suas mágoas (as dizíveis) sobre seus pais.

Em outras sessões, Maria foi reconhecendo seus verdadeiros sentimentos com relação à ausência da mãe e até as dificuldades atuais que vivenciava com ela. Maria também reconheceu (e falou) da raiva que sentiu do grupo nesse primeiro dia, quando foi sugerido que sua mãe tinha falhado muito e ela estava tentando "tapar o Sol com a peneira".

Maria realmente tinha acreditado nas explicações e justificativas que foram montadas com relação ao abandono da família pela mãe. A aceitação dos fatos e dos sentimentos que eles provocavam, sem possibilidade de explicá-los, tornou a esquiva desnecessária, reduziu a ansiedade e Maria desenvolveu comportamentos sociais mais adequados.

Hayes (1997), numa conferência sobre a Integração das Psicoterapias, disse que a esquiva experiencial é algo como "lobotomia psicológica", referindo-se ao déficit e limites comportamentais que

ela provoca nas pessoas que as praticam e no trabalho de terapias que impedem a experiência. Hayes continua dizendo que o suicídio é uma tentativa de evitar dor, como por exemplo, o caso de uma garota que tentou se jogar na frente de um trem porque a mãe estava morrendo.

A sociedade contemporânea tem criado pessoas que cada vez mais querem evitar a dor e obter prazer. Pais, escolas e outros grupos sociais e comerciais facilitam a vida diária a tal ponto que muitas vezes o contato com frustrações é raro ao ponto de levar ao medo ou revolta na hora de vivenciá-las. Assim, criam-se pessoas fracas, e não fortes.

Até este momento, as intervenções exemplificadas são decorrentes do material que surge no "aqui e agora" das relações grupais, a partir de interações entre membros do grupo, e dos seus relatos "espontâneos" sobre as dificuldades que estão vivendo a partir de seus problemas psicológicos que os trouxeram para a terapia. No entanto, exercícios específicos têm se mostrado necessários para problemas psicológicos graves (alguns tipos de transtornos de ansiedade, como pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo), e também para "firmar" a posição e disposição dos clientes de viver a idéia de aceitação emocional.

Walser e Pistorello (2004) sugerem que a ACT em grupos possa manter as estratégias didáticas e vivenciais propostas para o trabalho individual tal como exposto no Manual do Distanciamento Compreensivo (Hayes, 1987) e na Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes & Wilson, 1994).

As extrapolações para o trabalho de grupo não precisam seguir a risca a seqüência dos exercícios apresentados, muitas adaptações tem se mostrado úteis e até mais adequadas, no sentido terapêutico.

3. ACT: aspectos didáticos e exercícios estruturados na terapia de grupo

"A sanidade mental não pode medir-se apenas pelo bem estar... E não será pagar caro, muito amiúde, suprimir o sofrimento – mediante medicação ou diversão – em troca

da coragem e da lucidez? Será a saúde que se quer, ou o conforto? A capacidade de enfrentar o real, ou a possibilidade de fugir dele?"

"Muitos, constatando que a vida não corresponde às suas esperanças, vão então acusar a vida, censurá-la absurdamente por ser o que ela é (como ela seria outra coisa?), enfim enterrar-se vivos no rancor ou no ressentimento... Prefiro o alegre amargor do amor, do sofrimento, da desilusão, do combate, vitórias e derrotas, da resistência, da lucidez, da vida em ato e em verdade. Prefiro a realidade, e a dureza da realidade. Se a vida não corresponde às nossas esperanças, não é forçosamente a vida que está errada: pode ser que sejam as nossas esperanças que nos enganam, desde o início (desde a nostalgia primeira que as alimenta), e que a vida só possa desde então não desenganar." (Comte-Sponville, 1997, pp 55).

A ACT, tanto na proposta para indivíduos quanto para grupos, pode apoiar-se em estratégias didáticas que visem promover a compreensão do trabalho a ser desenvolvido. A apresentação didática também propicia oportunidades para o terapeuta discutir o comprometimento do cliente para com a terapia e sua concordância em passar por algumas estratégias que irão mobilizar respostas emocionais.

Como sugestão, as primeiras sessões de grupo podem focar a explicação do nome ACT e a questão da aceitação e fusão cognitiva. Exemplos de processos grupais podem ser usados para deixar mais claro aos clientes experiências que eles passarão. Cuidado deve ser tomado para não revelar tudo que será apresentado aos clientes, pois os fatores desconhecimento e falta de previsibilidade podem ser importantes em alguns momentos da terapia.

As estratégias didáticas também permitem criar um melhor vínculo entre os membros do grupo antes que a vivência dos exercícios tenha início. Em outros casos tais estratégias podem servir para produzir contextos favoráveis ao desenvolvimento dos exercícios ou para graduar o caráter aversivo de algum confronto.

Ao explicar didaticamente o que é ACT para os clientes, o terapeuta pode falar da dificuldade em se fazer entender, uma vez

que a ACT é de difícil aceitação para todos porque é contrária ao senso comum no que diz respeito ao que é problema psicológico e suas causas.

Dizer que o problema não é o problema, que as razões dadas aos problemas (sentimentos) não são suas causas e que tentativas de controlar os sentimentos dolorosos são inúteis, dá uma idéia ao cliente da diferença entre a ACT e outros tratamentos e pode produzir um leve, mas produtivo, sentimento de desamparo criativo (Hayes e Wilson, 1994).

Propor a aceitação do sofrimento humano em vez de mudança comportamental para não sofrer mais, cria uma confusão, mas, no fundo, o cliente já sabe que este é o caminho.

Deve-se explicar que a aceitação emocional diminui as esquivas de situações importantes, das quais os clientes vinham se esquivando para não sofrer, e aumenta o contato dos clientes com situações reforçadoras.

Outros aspectos da ACT que podem dar início as sessões de forma didática são os esclarecimentos de valores dos clientes e compromissos de agir em função das metas estabelecidas. É comum que clientes voltem às questões de valores e metas no decorrer da terapia, uma vez que a intimidade entre os membros do grupo propicia o aprofundamento dessas discussões.

Depois da aceitação e em consequência das ações em prol dos valores estabelecidos, novos e mais agradáveis sentimentos e sensações poderão surgir e serem experienciados.

Uma cliente, com diagnóstico de stress pós-traumático, vinha tendo crises de enxaqueca e insônia. A cliente relutava em contar detalhadamente a história do trauma devido a um duplo medo (assumido na sessão individual): medo das lembranças ruins e medo da rejeição ou pena dos membros do grupo. Pensava em resolver o problema ajudando "o outro", fazendo ações voluntárias em prol de pessoas agredidas, sem precisar se expor.

No entanto, a cliente também apresentava dificuldade em sair de casa por muito tempo, o que vinha causando prejuízo à sua vida pessoal e profissional.

O grupo explicou a ela o que era Terapia de Aceitação e Compromisso, e ela se dispôs a “enfrentar” o grupo porque achava que precisava melhorar, uma vez que seus valores e objetivos eram bem definidos: trabalhar na Cruz Vermelha Internacional. Mas sentia-se amarrada. Ela não conseguia falar do trauma e durante uma sessão, quando o grupo a estimulou para contar, teve um “desligamento” e não conseguia se conectar a nenhum assunto. Neste momento, a terapeuta foi até a cliente, segurou-lhe a mão enquanto o grupo as observava e voltou ao assunto, contando baixinho para ela a história do trauma que T. já sabia. Ela ficou olhando-a apavorada e depois caiu no choro.

Alguns elementos do grupo foram até ela choraram juntos ou demonstraram seu apoio. Em outras sessões ela foi conseguindo falar do trauma, tolerar cada vez mais suas emoções produzidas pelas lembranças e chegar à exposição da situação traumática de forma cada vez mais descritiva e nua de adjetivos ou superlativos.

O grupo ouviu, fez perguntas, fez auto-revelações, e cada um de seus membros demonstrou-se disposto a entrar no processo de grupo e falar de suas dores.

Essa forma de trabalhar, usando explicações e as interações do “aqui e agora” do grupo, em nada se opõe aos exercícios estruturados, que podem ser desenvolvidos na mesma sessão para aliviar o impacto negativo que algumas vivências da ACT, colocadas diretamente, podem provocar no início do grupo.

No entanto, nunca uma estratégia didática pode substituir uma vivência ou uma experiência produzida por um exercício ou análise do “aqui e agora” da sessão do grupo.

A proposta da ACT, só para lembrar, é evitar o controle excessivo por regras na psicoterapia e produzir mudanças por meio da recontextualização, permitindo que os contextos de literalidade, da razão e controle sejam flexibilizados pela vivência grupal. Quanto aos exercícios propostos no protocolo da ACT, estes são usados tanto para o grupo quanto para o atendimento individual, mas a seqüência pode ter variações. Com o desenvolvimento das sessões, muitas das oportunidades de apresentar os exercícios são produzidas pelos próprios clientes. Em alguns momentos do processo, dada a avaliação do progresso ou dificuldades encontradas pelo grupo, a terapeuta

prepara os exercícios que poderão ser úteis, mesmo que alguns deles já tenham sido vivenciados.

Os exercícios para cada meta da ACT, descritas neste capítulo, são apresentados aos clientes, sendo que alguns têm se mostrado mais “naturais” e produzido melhores resultados, segundo avaliações informais do terapeuta e mudanças do comportamento do cliente na sessão.

É o caso dos exercícios para promover o contexto do self, que podem ser apresentados, segundo Walser e Pistorello (2004), no começo ou fim de cada sessão grupal. Essa repetição dos exercícios pode ser usada mesmo em terapia individual, tornando a experiência do self, como contexto, natural no dia-a-dia dos clientes.

As explicações sobre o self como contexto tendem a criar certa confusão entre os clientes do grupo, mas essas sensações podem ser aproveitadas para trabalhar desesperança criativa, falta de controle e aceitação. O “self” como contexto é definido como uma perspectiva de ver a vida a partir de um referencial único e imutável que permite ao indivíduo “se ver” e “ver o mundo” sem se confundir com ele. O “eu” não é o seu comportamento; não é seu sentimento, pensamento ou ação. É o observador de tudo isso; o contexto em que tudo ocorre.

A metáfora do tabuleiro de xadrez (Hayes, 1987) é muito interessante para o cliente entender e vivenciar seu eu. É pedido aos clientes que fechem os olhos e imaginem em jogo de xadrez em que as peças brancas são seus pensamentos e sentimentos bons e as pretas os ruins. Todos estão alinhados em cima do tabuleiro e o jogo começa. Vocês ora correm com a peça branca, ora com a peça preta. Vocês se sentem divididos nesse jogo. Assim, quem vocês precisariam ser para sentirem-se melhor? As peças brancas ou as pretas? A pergunta é lançada ao grupo que fica a vontade para discutir sua experiência e responder a pergunta. A resposta certa é que eles precisariam ser o tabuleiro, onde o jogo acontece.

Outro exercício, para desenvolver o “eu observador” consiste em pedir aos clientes que, sentados, fechem os olhos e se imaginem em pé na porta da sala olhando para si mesmos. Depois de alguns minutos a T pergunta: quem viu você sentado aqui? Quem estava lá na porta? Por que esse desdobramento do “eu” é possível?

Abrir mão das tentativas de controle dos sentimentos dolorosos também é uma necessidade constante no processo de grupo. Dois exercícios são interessantes. O das “algemas chinesas”, no qual as pessoas ficam com os dedos presos em canudos de palha se tentarem tirá-los com força. Só com jeitinho, sem forçar, eles irão sair. A reação do grupo é de estranheza e nenhuma explicação deve ser dada até que todos terminem o exercício e discutam suas sensações.

Outro exercício para abandonar o controle é o “cabo de guerra”, luta imaginária, à beira do precipício, entre ansiedade (imagine um dragão) e o cliente tentando controlá-lo. Quem vai ganhar a luta? Quem vai cair no precipício? Como vencer a luta? As melhores respostas são as que sugerem largar a corda, abandonar a luta contra a ansiedade e aceitá-la.

O grupo oferece boas oportunidades para exercícios de difusão de idéias. A “fala convencionalizada” é o mais fácil deles, e pode se tornar um hábito entre as pessoas do grupo. Assim, em vez de dizer que “meu marido acordou com cara feia e queria me provocar para poder sair de casa...” poderia ser dito “eu achei que meu marido acordou de cara feia e pensei que ele poderia querer...”. Esta simples mudança deixa clara a diferença entre o fato (estar de cara feia) e o julgamento do fato (eu acho que está).

Outro exercício de difusão cognitiva bem interessante para grupos, proposto por Walser e Pistorello (2004), consiste em pedir a todos que escrevam, em cartões, seus principais defeitos e depois os coleem em suas roupas, para que possam ver um ao outro e ler seus cartões enquanto passeiam pela sala. Depois de um tempo as pessoas se acostumam com o que está escrito e as palavras vão se livrando de seus significados. O grupo fica ligado apenas nas pessoas. Há uma perda de respostas ao contexto de literalidade.

Outro exercício é o de disposição e aceitação, escrito na íntegra por ser muito útil e interessante para grupos de ACT. Proposto por Walser e Pistorello (2004), funciona destacando as diferenças entre dor e trauma, usando uma abordagem didática e interativa.

Utilize um quadro “negro” e desenhe um círculo. Enquanto escreve no seu interior a palavra “dor”, explique que ela é inevitável na vida. Independentemente se somos “bons” ou “habilidosos”

alguma dor vai acontecer, seja ela alguma morte inesperada ou não conseguirmos uma promoção, dentre outras. Explique que não há forma de evitar completamente a dor, mas que se deve avaliar “o que é que nós tentamos fazer quando experimentamos dor?”. Peça aos integrantes do grupo para que mostrem algumas formas de como evitamos a dor. Ao dizer isso desenhe um círculo maior em volta do primeiro, e escreva o que eles dirão entre os dois círculos. Algumas das estratégias que eles dirão provavelmente serão a de beber, buscar brigas, trabalhar longas horas, tentar suicídio e vários outros. Então, perceba que o círculo vai crescendo: nós sentimos dor, então bebemos, faltamos às aulas, e depois nos culpamos por faltar às aulas. Depois de cada camada desenhe outro círculo em volta e explique que o círculo mais interno de dor é somente isto. Então escreva “trauma” no círculo mais externo, observando que, por não aceitar a dor, criamos o trauma.

Os membros do grupo freqüentemente referem-se aos círculos nas sessões seguintes. Isso pode servir de gancho para perguntar aos clientes que estão discutindo suas lutas: “você acha que está dentro ou fora do círculo?”.

Em sua maioria, as experiências aversivas que tentamos evitar ou controlar, tornam-se medos de rejeição interpessoal. O grupo é um meio rico para a exposição e transformação das funções de estímulos de tais eventos privados. Outros exercícios podem contribuir para o movimento terapêutico.

Um exemplo disto é o exercício “olhar para”, no qual os indivíduos sentam-se de frente um para o outro em pares. São instruídos a olhar o outro nos olhos, sem conversar ou se comunicar, enquanto percebem as reações e as deixam acontecer. Algumas das respostas defensivas mais freqüentes são as de risos, ansiedade e esquiva do contato visual.

Oriente os participantes com sentenças do tipo: “perceba que os olhos para os quais você está olhando são humanos”; “deixe qualquer restrição que você tenha sobre a outra pessoa e permita-se estar com ela”. Continue esse processo por mais três ou 5 minutos e, então, permita que os membros do grupo compartilhem entre eles suas experiências. Evite expressar interpretações premeditadas em relação aos comentários deles. Este não é um

momento adequado para apontar comportamentos de esquiva sutis, apenas ouça. Walsler e Pistorello (2004) relatam que este exercício foi unanimemente declarado como o mais benéfico da terapia, em um dos seus grupos.

O objetivo da ACT é a construção de ação comprometida, e o contexto de grupo pode ser bem útil para se conseguir motivação, já que comprometimentos feitos em grupo são mais prováveis de serem seguidos.

Um exercício de comprometimento é conhecido como a "Grande Olhada". Ela consiste em fazer com que todos os membros sentem-se e, um por um, devem ir até a frente e passar um ou dois minutos olhando nos olhos de cada cliente, despindo-se de todas as suas defesas. Isto deve acontecer com o silêncio dos membros do grupo e com o encorajamento verbal da terapeuta.

Você pode encontrar um cliente que se recuse a se levantar e se comprometer na frente do grupo. Quando isso acontecer, direcione-se a outro membro, fazendo assim com que o outro membro saiba que retornarão em alguns minutos.

Já que este tende a ser um exercício poderoso, é necessário compaixão por parte da terapeuta. Mas se o cliente ainda se recusar, continue. Ele saberá que o problema é fusão com o conteúdo negativo e é importante que você converse com ele após o exercício.

A prática clínica tem demonstrado uma ótima aceitação do exercício "motorista do ônibus" proposto por Hayes e Smith (2005); Walsler e Pistorello (2004); cuja vivência pode levar a vários objetivos tais como desenvolver o contexto do self; praticar difusão cognitiva; e manter compromisso com a ação e direção escolhida. Deve-se fazer com que o grupo represente fisicamente um ônibus com um dos clientes como motorista, e os outros como passageiros (pode ter um ou dois observadores). Cada passageiro já deve ter recebido antes um cartão (ou recebido instrução) dizendo qual o seu papel como passageiro. Um será a ansiedade pedindo para parar, outro será a raiva gritando que está no caminho errado, e outro pode ser a crítica dizendo que está dirigindo mal ou o medo dizendo que o ônibus vai bater. O motorista deve continuar na direção que tinha

estabelecido mesmo que as dúvidas, os gritos, e os sentimentos contraditórios estejam presentes. O grupo, em silêncio, de olhos fechados (isso pode ser sugerido em quase todos os exercícios), pensa no que acabou de viver, e depois discute suas impressões.

Para finalizar este capítulo, nada melhor do que voltar a falar de aceitação como saída para a esquiva emocional. Um cliente do grupo, que já tinha sido tratado de TOC na terapia individual, apresentou dificuldade em praticar aceitação de seu sofrimento causado pelas obsessões, e o grupo tentou ajudá-lo usando exemplos pessoais, pedindo sua disposição para vivenciar o que estava sendo proposto, sem relutar. A sua resistência em aceitar o sofrimento mobilizou o grupo. A T. pediu que ele durante a meditação, no início da sessão, olhasse para seus pensamentos obsessivos como se eles fossem parte de um filme, no qual ele não tinha controle sobre as próximas cenas, e que fosse falando em voz alta o que estava sentindo e que não tinha controle sobre isso. Na terceira repetição o cliente caiu no choro e gritou que não queria mais pensar, que estava cansado e que não tinha cura. Os membros do grupo se aproximaram e o confortaram dizendo para ele não entrar na luta e aceitar sua angústia. Quando o cliente parou de chorar a T. disse que ele estava tendo três sofrimentos: um pela dor real da obsessão; o segundo por lutar contra ela e assim torná-la mais poderosa; e o terceiro por estar parado, perdendo oportunidades de ter prazer em outras atividades do seu dia-a-dia. Quantas dores você quer ter? Bó a primeira é real e inevitável!

Alguns membros do grupo concordaram e deram exemplos de como tocaram sua vida em direção aos seus valores, apesar da dor e de outros sintomas psicológicos.

O uso de metáforas também é uma excelente forma de agir indiretamente, evitando o controle instrucional na terapia; uma metáfora, colocada na hora certa pode produzir material importante, reduzindo esquivas e graduando o contato com a dor.

Hayes e Wilson (1994) descrevem várias delas, que se tornaram imprescindíveis na aplicação formal ou informal da ACT.

A aceitação emocional não é apenas uma proposta de psicoterapia, ela é uma necessidade humana, buscada pela filosofia,

pela religião e outras áreas, como forma de lidar com o sofrimento e não de evitá-lo.

4. Resumo da ACT – Definição; bases filosóficas e teóricas; proposta original de intervenção clínica e pesquisas com grupos

“Não é a vida que a pessoa recusa; é o sofrimento, é a velhice, é a doença, é o isolamento... Não é a felicidade que ela despreza; é da infelicidade que foge. “Todos os homens buscam ser felizes”, dizia Pascal, “até aqueles que vão enforcar-se.” Matam-se para não sofrer mais, para não ser mais infelizes. Isso ainda é procurar a felicidade que é fugir do sofrimento. O suicídio não escapa ao princípio de prazer... Não se dá fim aos seus dias senão por sofrimento ou tristeza ...”(Comte-Sponville, 1997, pp 47).

Muito já foi dito sobre ACT neste capítulo, mas, considerando a pouca literatura no Brasil sobre essa área, foi acrescentado esse tópico que pode fornecer melhor base para terapeutas que são iniciantes no assunto e, também, oferecer alguma idéia sobre pesquisa nesta área.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é baseada na visão de que a linguagem coloquial pode ser fator responsável por muitos problemas do sofrimento humano. Essa terapia integra conhecimento científico sobre comportamento modelado por contingências e relações verbais, o que torna o contexto terapêutico mais eficaz. A ACT está ligada a um programa de pesquisa básica por ter um compromisso com uma análise com precisão, e tende a não ver sentimentos ou pensamentos com causas no sentido mecânico (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004).

A Terapia de Aceitação e Compromisso tem como objetivo fazer com que o cliente aceite seus estados do organismo, pensamentos e emoções, considerados por ele como aversivos. Quando a pessoa pára de lutar contra seus próprios pensamentos, sentimentos e emoções, ela pode agir de diferente maneira no

ambiente a fim de ter resultados mais produtivos para o seu bem estar (Hayes, 1987).

Esta terapia tem como base teórica a Teoria dos Quadros Relacionais (RFT). A RFT é uma teoria da linguagem e cognição humana, que tem como ponto central a premissa de que humanos aprendem a relacionar eventos sob controle contextual arbitrário. Humanos, como também não-humanos, são capazes de responder a relações de estímulos que são definidas pela propriedade formal de eventos relacionados (relações não-arbitrárias), por exemplo, escolher o maior de dois objetos, independentemente de quais objetos são comparados. Mas apenas humanos conseguem ter o responder relacionado com o controle contextual e aplicá-lo em eventos que não são relacionados formalmente.

A base filosófica da ACT é uma variação do pragmatismo conhecida como Contextualismo Funcional. O Contextualismo vê os eventos psicológicos como uma interação entre o organismo e o contexto, que podem ser definidos historicamente (história de aprendizado) e pela situação (antecedentes e conseqüentes atuais, regras). Ações comuns podem ser utilizadas para ilustrar esse modelo, por exemplo, ir a uma loja. Ir a uma loja implica uma razão para ir, um lugar, um meio para se chegar lá, tudo isso junto. Se o todo se perde, a ação perde o sentido. Esses eventos implicam uma interação do organismo com o ambiente, e são eventos com uma história e propósito (Hayes et al., 2004).

O processo clínico da ACT foi descrito em detalhes pela primeira vez no Manual de Desesperança Criativa (Hayes, 1987). A proposta de intervenção veio bastante detalhada e com várias metáforas e exercícios para cada passo do processo terapêutico. As metas são resumidas a seguir.

Meta 1 – estabelecer um estado de desesperança criativo – nesta etapa tenta-se quebrar as regras e estratégias que o cliente possui para fugir ou se esquivar de seus pensamentos. O Terapeuta deve indicar para o paciente que todos os seus comportamentos apresentados até agora não surgiram efeito “benéfico” em suas emoções aversivas, pelo contrário, tais emoções em alguns casos até aumentaram de frequência, portanto, o cliente deve abandonar todos os comportamentos que envolvem a tentativa de controlar os

pensamentos. Nesta etapa, a literalidade das palavras é posta em cheque pelo terapeuta; literalidade se refere ao conceito que certas palavras têm para a comunidade verbal, por exemplo, a palavra ansiedade tem valor ruim, aversivo para nossa sociedade.

Na meta 2 – *O problema é o controle* – o terapeuta enfatiza que, muitas vezes, a tentativa de controlar os pensamentos e sentimentos se torna o próprio problema. Ou seja, o cliente tenta, de várias maneiras, controlar suas emoções aversivas; tais tentativas são fracassadas, o que traz maior desconforto psicológico para o cliente. Sendo assim o terapeuta deve enfatizar a dificuldade que se tem em controlar os sentimentos, além disso, deve levar o cliente a aceitar suas emoções de modo natural.

Na meta 3 – *Distinguir as pessoas de seu comportamento* – é ensinado para o cliente a discriminar o que está pensando do que realmente está acontecendo. Mostrar para o cliente que sensações e pensamentos, muitas vezes não correspondem ao estado real das coisas, e que essas emoções não impedem de realizar nenhuma de suas ações, em suma, que pensamento não é causa de comportamento. Nessa meta é, também, esclarecer para o cliente como os pensamentos diferem de pessoa para pessoa, como esses são particulares da história de vida de cada organismo, exemplificando para o cliente que o mesmo evento ambiental pode evocar diferentes comportamentos em diferentes pessoas.

Na meta 4 – *Permitir que a luta pare* – o cliente, com o auxílio do terapeuta, “*deve permitir que a luta pare*”, ou seja, o cliente “*aceita*” seus sentimentos fazendo parte da sua naturalidade, apresentando um nível de tolerância maior aos pensamentos aversivos. O terapeuta deve elucidar que sentimentos aversivos fazem parte da vida de todos e que temos que aprender a conviver e aceitá-los.

Nas meta 5 – *Assumindo um compromisso de ação* –, o cliente agora mais preparado deve *assumir um compromisso de ação*, ou seja, junto com o terapeuta deve traçar estratégias para uma intervenção efetiva nas contingências, assumindo compromisso de ação e mudança de seu comportamento.

Recentemente, foram realizadas várias publicações na área que sugerem seqüências e exercícios de intervenção clínica

modificados, alguns com propostas interessantes e dirigidas a grupos específicos, como por exemplo, o livro de Hayes e Smith (2005) que é destinado a clientes e o dos autores Luoma, Hayes e Walser (2007), que é um manual treinamento de terapeutas.

O modelo de intervenção da ACT, de 1987, foi atualizado em vários momentos da obra de Hayes, embora sua essência sempre tenha continuado a mesma, e pode ser descrito por seis processos (Strosahl, Hayes, Wilson & Gifford, 2004):

1. Aceitação – envolve tomar uma postura de não-julgamento e de levar em consideração a experiência de pensamentos, sentimentos e sensações corporais como elas ocorrem. O cliente “*aceita*” seus sentimentos como fazendo parte de sua natureza, para passar a apresentar um nível de tolerância maior aos pensamentos aversivos. Para ajudar o cliente a promover a aceitação, o terapeuta pode, por exemplo, pedir pra que ele escreva sobre eventos dolorosos.
2. Difusão cognitiva – A tendência que os humanos têm de viver em um mundo excessivamente estruturado pela linguagem literal é chamada de Fusão. Humanos normalmente não conseguem distinguir uma palavra conceituada verbalmente de uma que está sendo diretamente experienciada. O objetivo da difusão cognitiva é ajudar o cliente a detectar as propriedades escondidas da linguagem que produzem essa fusão. O terapeuta pode ensinar o cliente mudar a linguagem na sessão para descrever eventos privados.
3. Entrar em contato com o momento presente – AACT promove efetivo, aberto e indefeso contato com o momento presente. Para isso os clientes são treinados a observar e notar o que está presente no ambiente e em experiências privadas. Depois, é pedido a eles que descrevam o que está presente, sem julgamento ou avaliação excessiva. Isso os ajuda a começar a descrever suas experiências.
4. “Self” como contexto – Ajuda o cliente a distinguir entre experiências humanas privadas e o contexto em que essa experiência acontece. Os sentimentos e os pensamentos, que não eram distinguidos da pessoa que sentia ou pensava, têm

que passar a serem vistos como produtos de uma história comportamental. O terapeuta deve ajudar o cliente a perceber que ele não é seus pensamentos, memórias, emoções.

5. Valores – AACT ensina aos clientes a distinguir entre escolhas e julgamentos, e a selecionar valores como uma questão de escolha. Os clientes são desafiados a considerar o que eles querem em diferentes áreas de sua vida.
6. Ação e Compromisso – o compromisso envolve definir metas em áreas específicas e agir sobre essas metas. O cliente, junto com o terapeuta, deve traçar estratégias para uma intervenção efetiva nas contingências. A meta é construir padrões comportamentais que comecem a trabalhar a favor do cliente, e não contra eles.

AACT pode trazer três benefícios para o cliente na medida em que este pára de se esquivar de seus pensamentos e sentimentos considerados aversivos e que entra em contato com o contexto que evoca tais sentimentos, provavelmente as emoções aversivas associadas a esse evento perdem força e entram em extinção. Outro benefício é o contato com reforçadores que em virtude do comportamento de esquiva não eram experienciados, ou seja, o cliente entra no contexto que antes se esquivava ou fugia e obtém reforçadores desse contexto. Um terceiro benefício é o aumento do potencial para a ação produtiva, sendo assim o cliente aprende novas maneiras de agir no contexto aversivo obtendo melhores resultados de sua interação com o mesmo (Brandão, 1997).

Enfim, a Terapia de Aceitação e Compromisso ganhou, nessa última década, grandes adeptos no mundo. Tal terapia sofreu muitas críticas por parte dos Analistas do Comportamento por ser considerada “cognitivista”. Porém está idéia já está ultrapassada e novos estudos sobre esta área têm sido desenvolvidos.

Muitas pesquisas na área clínica têm mostrado a diferença entre as duas abordagens e a ACT e mais efetiva. Uma pesquisa em particular pode mostrar a confidencialidade das medidas utilizadas e apresentar excelentes informações para o terapeuta trabalhar com fobia social ou outras queixas.

O artigo escrito por Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill (2006) procurou investigar o impacto da Psicoterapia de grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, proposta por Steven Hayes com clientes fóbicos sociais e teve como principal objetivo investigar o efeito da ACT no tratamento de indivíduos com fobia social, explorando a efetividade da ACT na diminuição do nível de evitação experiencial, o impacto desta estratégia no tratamento dos sintomas da fobia social em comparação com intervenções cognitivo-comportamentais e mudanças no valor das relações sociais e amizades para os participantes.

Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental é o modelo mais disseminado e pesquisado de tratamento para a fobia social, incluindo inúmeras estratégias clínicas, ora de forma isolada, ora de forma combinada com outras técnicas. Dentre as formas de tratamento cognitivo-comportamentais mais estudadas, encontra-se a psicoterapia de grupo cognitivo-comportamental, que combina técnicas de reestruturação cognitiva, com sessões de exposição, além de instruções para os clientes praticarem as habilidades aprendidas nas situações cotidianas no contexto social. No caso da fobia social, a principal premissa que guia as intervenções cognitivo-comportamentais é a de que os indivíduos podem superar ou manejar os sintomas de ansiedade através da mudança do conteúdo e da forma dos eventos cognitivos ou comportamentais.

Já a ACT, como estratégia de intervenção comportamental, difere do modelo cognitivo-comportamental, visto que não implica apenas a mudança, alteração ou eliminação dos conteúdos privados, mas considera a tentativa de controle ou mudança do conteúdo psicológico como problemáticos, e desta maneira não avalia a presença da experiência privada indesejável como alvo definitivo do processo de mudança comportamental.

No caso da ansiedade social, ligada intimamente à evitação experiencial, definida como um processo comportamental em que a pessoa evita contato com determinadas situações e experiências por medo das sensações, sentimentos, pensamentos que as situações evocam. Nestes casos, a ACT pode ser utilizada na tentativa de passar do enfoque na forma e no conteúdo do medo de eventos psicológicos, para mudanças no contexto e na função do responder que sustentam o ciclo de sofrimento psicológico.

No estudo foram incluídos 22 participantes (11 homens e 11 mulheres) que foram recrutados via anúncio de jornal e, posteriormente contatados por telefone. Neste primeiro contato por telefone foi administrado, ainda um breve "inventário", com as categorias diagnósticas do DSM para a fobia social. Estes participantes foram divididos em três grupos, e receberam a mesma intervenção, realizada terapeutas-estudantes, treinados para intervir utilizando ACT.

No protocolo de pesquisa havia 10 sessões, com duração de 2 horas cada uma, sendo adotados inúmeros padrões comportamentais baseados na aceitação e organizados em torno dos 6 eixos principais. Estes foram integrados às sessões de tratamento utilizando-se para isto metáforas e exercícios de grupos experienciais. Além disso, foram incorporados no estudo quatro medidas dependentes, uma medida de resultado principal e três processos de medição. A medida principal e os processos de medição foram administrados durante a etapa inicial da terapia.

Para a medida principal foi utilizado o Inventário de fobia social e ansiedade, que avalia aspectos somáticos, cognitivos e comportamentais da fobia social através de uma ampla gama de ambientes e situações sociais. Já para os processos de medição, foram utilizados o Questionário de Aceitação e Ação, que objetiva principalmente medir a disposição individual para a experiência de sentimentos e pensamentos e a capacidade para se engajar em ações que propiciem superá-las; a Escala Multidimensional de Controle, que procura mensurar a percepção dos indivíduos quanto ao nível de controle individual em relação aos eventos cotidianos ou dos outros e o Questionário de "importância da vida", que investiga os domínios da vida considerados mais importantes pelos participantes.

Os resultados encontrados nos estudos apóiam a premissa que, com a utilização da ACT, pode-se reduzir a evitação experiencial e aumentar a adoção de valores nos relacionamentos sociais, além da diminuição dos sintomas de fobia social entre os participantes. Além do mais, a escala individual de adoção de relacionamentos sociais e de amizade aumentou significativamente ao longo das 10 sessões, além da sessão de acompanhamento, após cerca de três meses depois de finalizada as intervenções.

Enquanto a medida da fobia social não tenha sido alvo direto da intervenção terapêutica, os dados obtidos mostram redução no pós-tratamento e a redução foi mantida no acompanhamento. Esta positiva correlação entre a diminuição da evitação experiencial e os sintomas de fobia social é algo importante para estudos futuros. De forma geral, é importante salientar que a fobia social considera possível alcançar amplas metas terapêuticas sem adotar, necessariamente, a redução de sintomas como meta do tratamento. Entre as limitações do estudo podem-se citar a ausência de condições formais de um grupo controle, bem como a amostra relativamente pequena de participantes.

Os resultados aqui apresentados têm algo de sério e surpreendente ao apontar que a redução da esquiva experiencial e a promoção de aceitação emocional pode produzir aumento de comportamentos que eram conseguidos por estratégias específicas para lidar com ansiedade, tais como dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva, estratégias de enfrentamento e exercícios de relaxamento.

Hayes, (1997), numa conferência no Canadá, sugere que as diversas psicoterapias, de diversas abordagens, pudessem ser integradas por meio de processos considerados universais, observados em todas elas. A redução da Esquiva Experiencial e a promoção da Aceitação parecem atender perfeitamente aos requisitos a ser adotados no processo de integração das psicoterapias. Kohlenberg (1997), na mesma ocasião, também sugere a análise da relação terapêutica como base para a tal processo.

Por tudo que foi discutido neste capítulo, espera-se que fiquem claras a seriedade da proposta da ACT, a sua coerência com os princípios do behaviorismo radical e riqueza do material já testado e disponível para a clínica, individual e em grupo, o que é um presente para terapeutas que procuram intervenções eficazes para os clientes, mas que também atendam a audiência científica.

As fobias, não os medos, poderiam ser evitadas se, no início de tudo, aprendêssemos a valorizar e respeitar a dor inerente às situações inevitáveis e às contingências que as acompanham. Não temos controle sobre a dor, apenas podemos nos comportar

(em algumas ocasiões) de formar a produzir contingências menos aversivas. Os sentimentos, então, possuem esta característica da incontrolabilidade que tanto incomoda. Quanto mais você se esconde mais o medo aparece!

Costuma-se distinguir o medo, que suporia um perigo real, da angustia, que só se basearia nos perigos imaginários, até mesmo não teria objeto. E, por certo, não é a mesma coisa ter medo de um cão real, que ameaça você, e de sabe-se lá o quê, que oprime você. Será tão simples, porém? (Comte-Sponville, 1999, pp 13).

Referências

- Brandão, M.Z.S. (1999). Abordagem Contextual na Clínica Psicológica: Revisão da ACT e Proposta de Atendimento. In R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (orgs). *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação*, Vol 4.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Comte-Sponville, A. (1997). Bom Dia Angústia. São Paulo: Martins Fontes
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp.327-387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (1997). Acceptance and Commitment Therapy. Trabalho apresentado no Sepi XIII. Toronto, Canadá.
- Hayes, S.C, Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C. & S. Spencer . (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D.; Bunting, K.; Twohig, M. & Wilson, K.G. (2004). What is acceptance and commitment therapy. In: S.C. Hayes & K.D.Strosahl (Eds.) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer, 1-30.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bisset, R. & Piasecki, M. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec. (trabalho original publicado em 1991).
- Lundgren, T., Dahal, J., Melin, L. & Keis, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for Drug Refractory Epilepsy: A Randomized Controlled Trial in South Africa – A pilot Study. *Epilepsia*, 47 (12), 2173-2179.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
- Ossman, W.A., Wilson, K.G., Storaasli, R.D. & Mcneill, J.W. (2006). A preliminary Investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group: Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf.
- 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 (Eds.) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment therapy*. New York: Springer, 31-58.
- Walser, R.D., & Pistorello, J. (2004). ACT in group format. In S.C. Hayes & K.D.Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp.347-372). Norwell, MA: Plenum Press.