perspectivas em análise do comportamento
ISSN 2177-3548
instituto par ciências do comportamento
www.revistaperspectivas.org

Construindo diretrizes clínicas para promover desfusão cognitiva efetivamente: Uma análise de tarefa parcial e preliminar

Building clinical guidelines to promote cognitive defusion effectively: A partial and preliminary task analysis"

Daniel Afonso Assaz[1], **Claudia Kami Bastos Oshiro**[1]

[1] Universidade de São Paulo (USP) | **Título abreviado**: Construção de modelo racional-empírico preliminar para promover desfusão cognitiva | **Endereço para correspondência:** | **Email**: assaz.daniel@gmail.com | **doi**: doi.org/10.18761/PAC.ACT.021

Resumo: A desfusão cognitiva é um componente central da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), cujo objetivo é reduzir o controle de pensamentos do cliente sobre seu comportamento, quando esta relação está causando sofrimento psicológico. Apesar da literatura da ACT estar repleto de procedimentos para promover a desfusão cognitiva, conhecer essas técnicas não é suficiente para conduzir um processo terapêutico efetivo. Diretrizes de tomada de decisão clínica podem auxiliar terapeutas a se tornarem mais efetivos na produção da desfusão cognitiva. Para isto, foi utilizada a metodologia parcial da Análise de Tarefa para desenvolver um modelo racional inicial de etapas sequenciais nas quais clientes e terapeutas podem colaborar juntos a fim de alcançar a desfusão cognitiva. Em seguida, três participantes com Transtorno de Ansiedade Generalizada passaram por sessões de terapia com o objetivo de promover desfusão cognitiva. Questionários de autorrelato, frequências e sequências de falas categorizadas em sessão e relatos qualitativos do terapeuta do cliente foram usados como medidas. Estes dados empíricos foram utilizados para reexaminar o modelo racional e construir um modelo racional-empírico preliminar de diretrizes clínicas para promover desfusão cognitiva. São discutidas as limitações e futuras direções de pesquisa para refinar a análise da tarefa de desfusão cognitiva.

Palavras-chave: desfusão cognitiva; terapia de aceitação e compromisso; análise de tarefa; task analysis; tomada de decisão clínica

Abstract: Cognitive defusion is a central component of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) that aims to reduce the control of the client's thoughts over their behavior, when this is causing psychological suffering. Despite the fact that ACT literature is filled with procedures to promote cognitive defusion, to master these techniques is not sufficient to conduct an effective therapeutic process. Guidelines for clinical decision-making can aid therapists in becoming more effective in producing cognitive defusion, especially those without extensive experience. To this end, the methodology of a partial task analysis was used to, first, develop a rational model of sequential steps clients and therapists can proceed together in order to reach cognitive defusion. Then, three participants with Generalized Anxiety Disorder went through therapy sessions designed to promote cognitive defusion. Throughout the therapeutic processes, self-report questionnaires, in-session coded speech's frequency and sequences and client and therapist qualitative reports were used as measures. These sets of empirical data were used to re-examine the rational model and construct a preliminary rational-empirical model that can offer clinical guidelines and inform therapeutic practice. Research limitations and further directions of research in refining the cognitive defusion task analysis are discussed

Keywords: cognitive defusion; acceptance and commitment therapy; task analysis; clinical decision-making

Notas dos autores:
Os autores agradecem à colaboração de Gabriela Alves Rodrigues dos Santos na aferição de concordância; à colaboração de Henrique Melo, Melissa Guirelli, Petra Grünheidt e Terumy Reybaud na transcrição de sessões; e a confiança e disposição dos participantes Heitor, Luísa e Camila (nomes fictícios) em contribuir com a construção do conhecimento científico em psicologia.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma modalidade de terapia comportamental contextual que almeja aliviar o sofrimento psicológico e promover uma vida com qualidade e significado para pessoas que apresentam uma grande variedade de problemas de saúde física e psicológica (Hayes et al., 2012). Ao longo de mais de três décadas, a ACT tem buscado demonstrar sua eficácia, atualmente tendo uma forte base de evidências empíricas no tratamento de transtornos diversos, como Dor Crônica, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Depressão, Ansiedade e Esquizofrenia (Division 12 of the American Psychological Association, 2016; Gloster et al., 2020)

A proposta da ACT é comumente apresentada por meio do Modelo de Flexibilidade Psicológica e seus seis componentes: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, senso de self-como-contexto, valores e ação comprometida (Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017). A desfusão cognitiva torna-se um objetivo clinicamente relevante quando (1) pensamentos estão exercendo forte controle verbal sobre o comportamento do cliente a ponto de se sobrepor sobre outras possíveis fontes de influência e (2) as respostas evocadas pelo controle verbal são rígidas e incongruentes com os valores pessoais do cliente (Assaz et al., 2018; Blackledge, 2007). Assim, o problema não está em ter determinados pensamentos em si, mas na influência que eles têm sobre outras respostas do indivíduo. No modelo da ACT, este estado é denominado de fusão cognitiva (Hayes et al., 2012).

Em contrapartida, no estado de desfusão cognitiva há uma alteração e ampliação do controle de estímulos, no qual o controle exercido pelas funções verbalmente adquiridas (i.e. o pensar) é reduzido e outras fontes de influência adquirem maior saliência, como aquelas ressaltadas por outros componentes do modelo da ACT, como contato com o momento presente e os valores clarificados (Assaz et al., 2023). Entretanto, esta transformação ocorre sem que haja uma mudança nas relações simbólicas entre estímulos ou, em outras palavras, no conteúdo do pensamento (Assaz et al., 2023). Neste sentido, os clientes são encorajados a adotar uma postura mais leve e distanciada diante de seus pensamentos, não os levando tão a sério ou os obedecendo automaticamente.

Uma grande variedade de procedimentos para promover desfusão cognitiva estão descritos na literatura. Estes incluem atividades e exercícios para estabelecer consciência metacognitiva sobre o fluxo de pensar; brincar com palavras que descrevem o conteúdo de pensamentos; objetificar pensamentos, transformando-os em coisas físicas; avaliar utilidade e funcionalidade de obedecer a pensamentos; encorajar a desobediência ativa de pensamentos; distinguir entre os pensamentos e o Eu pensador; e salientar a função do pensar (Assaz et al., 2018; 2023; Blacklege, 2007; Luoma & Hayes, 2009). Alguns destes procedimentos tiveram sua eficácia avaliada em pesquisas de componente ou estudos análogos (Assaz et al., 2020; Levin et al., 2012).

Embora estas evidências sejam encorajadoras sobre a capacidade destes procedimentos em promover desfusão cognitiva, na prática elas não se traduzem automaticamente em desfechos clínicos positivos e significativos. Ainda que o terapeuta faça uma boa formulação de caso clínico na qual a fusão cognitiva é um problema central, tenha objetivos terapêuticos bem definidos que incluem a desfusão cognitiva e possua uma experiência extensa sobre como aplicar estas técnicas de forma estruturada, isto pode não ser o suficiente. Afinal, conduzir uma terapia efetiva e eficiente requer uma tomada de decisão clínica momento-a-momento na interação com o cliente. Para isso, é necessário que o terapeuta considere qual procedimento escolher para cada caso, qual o melhor momento para introduzi-lo, quais os pré-requisitos necessários para maximizar o seu efeito e como superar eventuais barreiras para o tratamento (cf. Callaghan & Darrow, 2014; Hofmann & Hayes, 2019; Rosen & Davison, 2003).

Levar todos estes elementos em consideração pode parecer uma tarefa árdua, especialmente para terapeutas com menor experiência prática ou com o modelo da ACT. Porém, esse processo pode ser facilitado ao serem introduzidas diretrizes práticas para a tomada de decisão. Estas podem ser vistas como análogas a um mapa. No começo de uma viagem, a pessoa sabe onde está e onde gostaria de ir. Com a ajuda do mapa, ela é capaz de identificar possíveis rotas, incluindo locais que ela deveria passar para chegar no destino final e o que esperar em cada caminho. Para alguém familiarizado com a jornada, o mapa pode ser de pouca serventia, mas

para alguém que está trilhando o percurso pela primeira vez, ele pode ser indispensável para orientar e ajudar. Entretanto, o mapa não provê regras rígidas do que deve ser feito, mas fornece informações que permitem uma tomada de decisão flexível, com a escolha da rota que melhor se adequa à pessoa (e.g., estrada com melhor asfalto) ou às condições atuais (e.g., estrada temporariamente fechada).

De modo similar, as diretrizes clínicas podem ajudar terapeutas iniciantes a promover desfusão cognitiva com seus clientes ao sinalizar possíveis caminhos para o objetivo terapêutico, incluindo as habilidades pré-requisito necessárias para o cliente, obstáculos comuns que tendem a aparecer no processo e podem ser superados e, de forma geral, guiar a tomada de decisão clínica, aumentando sua efetividade e eficiência.

Um mapa preliminar foi elaborado para outra terapia comportamental contextual: a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Na estrutura lógica da FAP, Weeks et al. (2011) propõem uma estrutura para modelar os comportamentos clinicamente relevantes dos clientes em sessão e generalizar as melhoras para outros contextos. Embora as intenções dos autores eram de que este modelo seria, com o tempo, submetido a validação empírica, até o momento isto ainda não foi feito. No âmbito da ACT, existem esforços de apontar obstáculos comuns e formas de superá-los (Westrup, 2014), evidenciar sinais que o clínico deve se atentar (Luoma et al., 2017) e explicitar estratégias para tornar o processo mais eficiente (Strosahl et al., 2012). Porém, ainda não há um mapa com diretrizes claras sobre como promover desfusão cognitiva.

Uma metodologia que permite a construção de diretrizes clínicas a partir da integração entre análises teóricas e dados empíricos é a Análise da Tarefa (do inglês, *Task Analysis*). Proposta por Greenberg (1984) e refinada desde então (Greenberg, 2007; Pascual-Leone et al., 2014), ela tem sido utilizada para criar modelos terapêuticos sobre como resolver problemas em aberto por meio da técnica da cadeira vazia (Greenberg & Foerster, 1996) e reparar rupturas na aliança terapêutica (Safran et al., 1994), por exemplo. O objetivo final da Análise da Tarefa é construir e validar um modelo racional-empírico sobre como solucionar uma tarefa específica, concebida como um objetivo terapêutico.

Este artigo apresenta uma Análise da Tarefa preliminar e parcial sobre como promover desfusão cognitiva. Para fins didáticos, esta pesquisa foi dividida em dois estudos, sendo um teórico e outro empírico. Porém, é importante considerá-los como braços de um único projeto, de modo que cada um complementa o outro; ao fim, ambos são integrados em um modelo racional-empírico preliminar. O objetivo final é favorecer a promoção de desfusão cognitiva em sessão por meio de diretrizes de tomada de decisão clínica idiográfica, analítico-funcional e momento-a-momento durante a interação terapeuta-cliente.

Método (Estudo 1)

Procedimento

O procedimento foi baseado nas recomendações de Greenberg (2007) para conduzir uma Análise da Tarefa, distinguindo duas fases, denominadas descobrimento e validação. Greenberg (2007) subdivide a fase de descobrimento em sete etapas. O Estudo 1 consiste nas etapas 1 a 4 e o Estudo 2 aborda as etapas 5 e 6 da fase de descobrimento. Portanto, esta pesquisa é considerada uma Análise da Tarefa parcial.

A primeira etapa envolveu especificar com precisão os estados iniciais e finais que caracterizam a tarefa a ser estudada, incluindo marcadores que sinalizam a ocorrência destes comportamentos em sessão. Em outras palavras, definir o comportamento-problema e o comportamento-alvo. Na segunda etapa, os pressupostos filosóficos e teóricos dos pesquisadores, que orientaram suas análises e interpretações, foram explicitados. O terceiro passo foi o estudo da performance de experts resolvendo a tarefa especificada com diversos clientes. Para embasar as primeiras três etapas foram utilizadas as experiências clínicas dos autores e manuais de ACT que continham transcrições de sessões (e.g., Hayes et al., 2012; Luoma et al., 2017; Twohig & Hayes, 2008; Westrup, 2014) e vídeos de *role-play* de livre acesso disponibilizados em plataformas online.

Na sequência, o primeiro autor (terapeuta comportamental com cinco anos de experiência clínica) elaborou um modelo racional preliminar,

ilustrado por meio de um diagrama, com a sequência de comportamentos do terapeuta e do cliente necessários para promover desfusão cognitiva. A primeira versão do modelo racional foi discutida criticamente com a segunda autora (terapeuta comportamental com dezoito anos de experiência clínica), demais membros do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo e dois colaboradores externos (com mais de dez anos de experiência clínica). Os feedbacks fornecidos foram integrados em uma segunda versão do modelo racional, concluindo a quarta etapa da Análise da Tarefa.

Por fim, de modo que o modelo racional pudesse ser empiricamente avaliado no segundo estudo, foi construído um sistema de categorização das falas do terapeuta e do cliente às cognições do cliente. O Sistema de Categorização das Respostas às Cognições do Cliente (SICARECC) foi baseado nos comportamentos descritos no modelo racional. Embora um novo sistema de categorização tenha limitações importantes relativas à sua validade, esta decisão foi tomada após não serem encontrados outros sistemas de categorização na literatura que fossem sensíveis à tarefa de desfusão cognitiva (cf. Bakeman & Quera, 2011). As categorias do terapeuta e do cliente foram criadas e um manual foi elaborado, onde cada categoria possuía um código, breve descrição, exemplos e contraexemplos. Depois de um teste preliminar em um estudo-piloto, o manual foi refinado para o uso no Estudo 2.

Resultados (Estudo 1)

Especificação da Tarefa (Etapa 1)

A tarefa especificada foi operacionalizada como o processo de mudança do estado de fusão para o estado de desfusão cognitiva. Ademais, foram sinalizados cinco tipos de marcadores de discurso do cliente em sessão que frequentemente estão associados à fusão cognitiva: responsabilização, preocupação, fatalismo, ruminação e generalização.

Responsabilização se refere ao comportamento verbal caracterizado por rígidas regras de conduta, usualmente sinalizadas por frases de obrigação, como "devo", "preciso", "tenho que" e "não posso" (Salkovskis & Forrester, 2002). Por exemplo: "Eu preciso ajudar ele, não posso simplesmente dizer não para meu pai". Preocupação consiste em momentos nos quais o cliente descreve cenários futuros negativos possíveis (ainda que improváveis) e se engaja em resolução de problemas para impedir ou influenciar estes resultados (Borkovec et al., 1983). À título de ilustração: "Ela não respondeu minha mensagem, deve estar chateada comigo. Será que eu deveria pedir desculpas? Ou ficar na minha e dar espaço? Não sei o que fazer".

Fatalismo é similar à preocupação na medida em que também consiste em imaginar cenários negativos futuros. Porém, neste caso eles não são vistos como somente possíveis, mas inevitáveis, fora do controle da pessoa. Assim, eles tendem a ocorrer em conjunto com verbalizações de autodepreciação e de desvalorização (Abramson et al., 2000). Por exemplo: "Por que tentar sair para encontrar alguém? Nunca dá certo, ninguém quer ficar comigo. Eu vou ficar sozinho, tenho que aceitar isso". Na ruminação, o indivíduo relaciona o seu estado atual com eventos ou ações passadas (frequentemente associados à autodepreciações), sem que esta consciência leve a uma resolução de problemas efetiva (Nolen-Hoeksema et al., 2008): "Que besteira que eu fiz, não acredito que eu disse isso. Por que eu sempre falo as coisas erradas?"

Por fim, generalização engloba frases nas quais a pessoa descreve o mundo ou si mesmo em termos desproporcionais ou absolutos, seja em termos de frequência (sempre, nunca), prevalência (todos, ninguém) ou natureza essencial (eu sou, eu não sou). Por exemplo: "Eu nunca dou conta das coisas. Eu sou fraco. Por isso ninguém gosta de mim".

Explicitação de pressupostos (Etapa 2)

Ao longo do estudo, o comportamento dos pesquisadores foi embasado filosoficamente pelo Behaviorismo Radical (Skinner, 1974). Clinicamente, a pesquisa foi orientada pela abordagem das terapias comportamentais contextuais, que favorecem a construção de repertórios amplos e flexíveis por meio de intervenções experienciais na relação terapeuta-cliente; e enfatizam a funcionalidade do comportamento dos clientes assim como das intervenções do terapeuta, em congruência com um critério de verdade pragmático (Hayes, 2004).

Modelo Racional (Etapas 3 e 4)

Os componentes do modelo racional são as possíveis classes de respostas do terapeuta e do cliente aos pensamentos do cliente. Dez classes foram delineadas: obediente, exploratória, controladora, metacognitiva, avaliativa, analítica, validante, concreta, dialógica e desobediente, descritas na Tabela 1. O modelo propõe uma sequência lógica para a ocorrência destas classes ao longo do progresso da terapia (Figura 1).

A classe obediente (OBE) é a única exclusivamente relacionada ao comportamento do cliente. Ela consiste em respostas do cliente que indicam que seu comportamento está sob forte controle verbal, em um estado de fusão cognitiva problemático. Portanto, ele é sinalizado pelos marcadores identificados na etapa 1 (responsabilização, preocupação, fatalismo, ruminação e generalização), indicando o início da tarefa em sessão.

Quando o cliente está se engajando na classe obediente, o terapeuta pode redirecioná-lo para a classe exploratória (EXP), evocando e fortalecendo respostas de observação e descrição de determinados pensamentos do cliente que estão acontecendo em sessão ou já ocorreram. O terapeuta também pode auxiliar o cliente a ser mais acurado ou preciso na sua exploração, incluindo fazendo inferências, parafraseando ou resumindo os pensamentos relatados pelo cliente.

Porém, o conteúdo de alguns pensamentos pode ser aversivo para alguns clientes. De modo que, ao serem encorajados pelo terapeuta a se engajarem na classe exploratória, eles podem, alternativamente, buscar controlar, fugir ou evitar estas experiências. Este padrão de esquiva experiencial (Hayes et al., 1996) é descrito pela classe controladora (CONT). Como este comportamento é contraproducente para a promoção de desfusão cognitiva, o terapeuta buscaria não se engajar no mesmo comportamento do cliente e redirecioná-lo para a classe exploratória. Caso o padrão de esquiva experiencial seja muito forte, o terapeuta pode decidir realizar um trabalho mais específico de aceitação, outro componente do modelo da ACT, adentrando outra tarefa.

Uma vez que o cliente seja capaz de observar e descrever pensamentos específicos, o terapeuta pode ajudá-lo a observar e descrever regularidades e padrões em seu processo de pensar, prosseguindo assim para a classe metacognitiva (MET) (cf. Bernstein et al., 2015). Estes padrões podem estar relacionados ao conteúdo recorrente de pensamentos; dinâmicas de pensamento, como a repetição de uma ideia central, espiralando em direção a pensamentos mais abstratos e voltados para o futuro, ramificação interminável de uma escolha, levando a consequências e escolhas adicionais indefinidamente ou alternância entre duas ideias opostas; velocidade do fluxo de pensamento; (falta de) correspondência entre o conteúdo do pensamento e contingências atuais; ou ações e contextos associados à pensamentos específicos. Esse processo tem semelhanças parciais com a identificação de gatilhos hierárquicos para preocupação e ruminação usados na pesquisa do protocolo breve da ACT para pensamento negativo repetitivo (Ruiz et al., 2016; 2018).

A autoconsciência trazida pela classe metacognitiva pode evocar julgamentos e avaliações negativas por parte do cliente (Hayes & Wilson, 1994; Soriano et al, 2004). A classe avaliativa (AVA) consiste em respostas que classificam os pensamentos como "bons" ou "ruins", minimizam sua importância ou validade ou tentam alterar seu conteúdo para se tornar mais "positivo" ou "racional". Assim como na classe de controle, o terapeuta idealmente não se envolverá nessa classe com o cliente, mas o redirecionara para a classe metacognitiva ou analítica.

Com base nas regularidades descobertas durante a classe metacognitiva, o terapeuta pode evocar ou modelar interpretações analítico-funcionais (cf. Haynes & O'Brien, 2000) dos padrões de pensamento do cliente na classe analítica (ANA). Especialmente relevante é a ligação causal entre pensamentos e respostas subsequentes e suas consequências; e a história de aprendizado que moldou esses padrões de pensamento. É importante observar que alguns clientes podem ter dificuldade em se envolver no raciocínio analítico-funcional, por ser contraintuitivo ou antagônico às interpretações culturalmente vigentes, por vezes argumentando que os pensamentos são aleatórios ou sinais de que estão "quebrados" ou "loucos" (classe avaliativa). Neste caso, eles necessitarão de uma postura mais ativa do terapeuta.

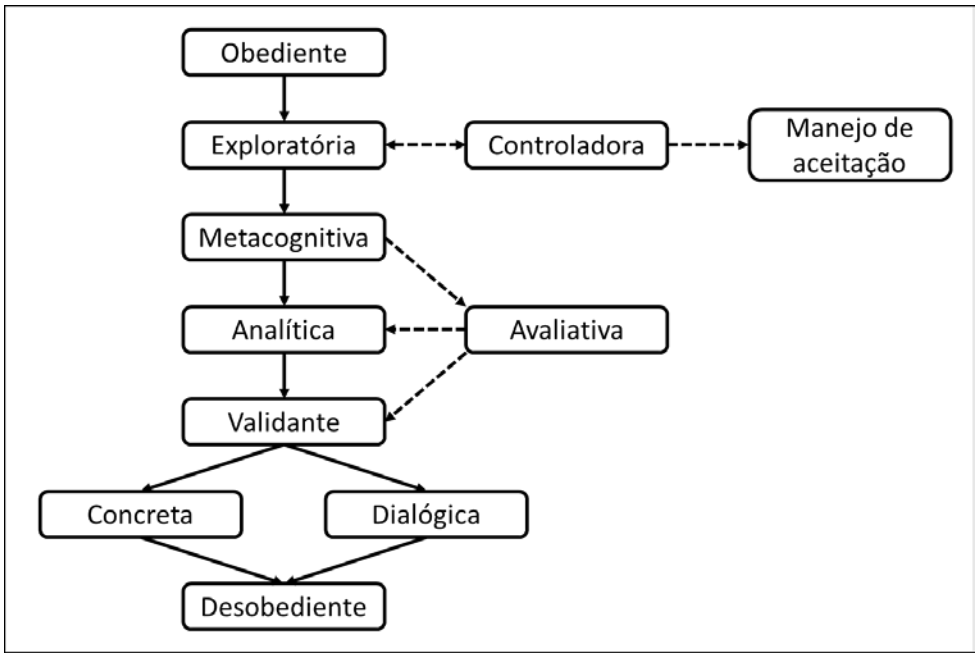

Figura 1. Modelo Racional para Produzir Desfusão Cognitiva

Nota: Setas tracejadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.

Após a análise de por que o cliente pensa da maneira que o faz, torna-se mais provável que a díade se envolva na classe de validação (VAL), não só analisando, mas também normalizando esse comportamento e entendendo-o como compreensível (cf. Linehan, 1997). Afinal, o cliente é mais propenso a aceitar validação externa do terapeuta e se envolver na autovalidação se houver uma relação causal coerente entre seu comportamento e a situação atual, contingências históricas e/ou princípios gerais do comportamento humano.

Até o momento, o modelo racional descreveu o processo percorrido pelo terapeuta e pelo cliente a partir da classe obediente (comportamento-problema de fusão cognitiva) para observar os pensamentos que o cliente está tendo e construir redes relacionais coerentes em torno deles: nomeando, descrevendo padrões recorrentes, analisando em seu contexto e validando. Todo este trabalho aumentará a autoconsciência, o autoconhecimento e a autocompaixão do cliente, criando um contexto favorável para intervenções mais comumente associadas à desfusão cognitiva. Afinal, à primeira vista, elas podem parecer estranhas para a maioria dos clientes e serem interpretadas erroneamente como atos invalidação ou ironia do terapeuta com o sofrimento do cliente. Construir um contexto cooperativo de exploração, compreensão e validação minimiza este risco.

Após a classe de validação, o terapeuta pode optar por se engajar com o cliente na classe concreta (CONC) ou dialógica (DIA). Na classe concreta, o terapeuta tentará salientar as propriedades formais do pensamento sobre suas funções adquiridas simbolicamente, alterando o controle de estímulos (cf. Assaz et al., 2023). Isso pode ser feito por meio de exercícios lúdicos, como Repetição de Palavras, Vozes Engraçadas ou Fala Lenta, que aumentam a saliência dos movimentos corporais necessários para pronunciar a palavra ou os fonemas separados enunciados; ou atribuindo arbitrariamente propriedades formais a um pensamento, como ao objetificá-lo.

A classe dialógica é marcada por uma distinção entre os pensamentos que uma pessoa está tendo e o indivíduo que os está pensando (Luciano et al., 2023); e com uma postura cética a respeito da veracidade e utilidade dos pensamentos, salientando que o pensar é uma estratégia de resolução de problemas de um indivíduo influenciado e enviesado por seu contexto histórico e atual (Assaz et al., 2023). Nesta situação, é possível que o terapeuta "dialogue com o pensador", agradecendo a função do pensar, reco-

nhecendo sua coerência, complexidade e criatividade, ou adotando uma postura irreverente sobre os custos e limites decorrentes de obedecer esta linha de pensamento (Assaz et al., 2023)

Por fim, após a classe dialógica ou concreta, o terapeuta e o cliente podem se envolver na classe desobediente (DES). Esta classe consiste em esforços do terapeuta para salientar, evocar e reforçar os esforços do cliente para agir de maneira incongruente com o conteúdo de seus pensamentos e congruente com seus objetivos e valores; e os atos do cliente de "desobediência cognitiva", no qual ele age de modo incompatível com o conteúdo de seus pensamentos e percebe que seus pensamentos não precisam ditar suas ações, especialmente quando não são úteis para atingir seus objetivos ou congruentes com seus valores.

Sistema de Categorização das Respostas as Cognições do Cliente (SICARECC)

O SICARECC é um sistema de categorização elaborado para o presente estudo. Ele se propõe a analisar as verbalizações do terapeuta e do cliente em sessão relacionadas aos pensamentos do cliente. Assim, ele não é um sistema compreensivo, deixando de abordar falas não relacionadas aos pensamentos e os comportamentos não-vocais (como gestos ou expressões faciais), enfatizando somente alguns episódios da interação terapêutica.

No total, o SICARECC consiste em 23 categorias, doze relativas ao comportamento do cliente e 11 relacionadas ao comportamento do terapeuta. Dez das categorias do cliente são as classes descritas no modelo racional: obediente (C-OBE), exploratória (C-EXP), controladora (C-CONT), metacognitiva (C-MET), avaliativa (C-AVA), analítica (C-ANA), validante (C-VAL), concreta (C-CONC), dialógica (C-DIA) e desobediente (C-DES). As duas restantes são verbalizações do cliente que ocorrem entre as demais categorias, servindo para facilitar o progresso da conversa, com compreensão e aprovação (C-FAC); ou dificultar essa dinâmica, com incompreensão e desaprovação (C-DIF). Com exceção da categoria obediente, as categorias do terapeuta são as mesmas do cliente (substituindo "C" por "T" no código). Todas as 23 categorias estão sumarizadas na Tabela 1 com seu respectivo nome, código, descrição geral e exemplo clínico. Maiores detalhes sobre as categorias podem ser encontrados em Assaz (2020).

Para favorecer a confiabilidade e a concordância entre aferidores, foram tomadas algumas decisões metodológicas. Em primeiro lugar, a unidade de análise do SICARECC é o turno, que começa no início da fala de uma pessoa e finaliza quando o outro membro da díade passa a falar. Em segundo lugar, somente uma única categoria pode ser atribuída a cada turno. Em terceiro lugar, quando uma fala é ambígua ou apresenta elementos de duas ou mais categorias, a categorização deve respeitar a hierarquia entre as classes, que privilegia pequenas melhoras do cliente no modelo teórico. Em ordem crescente de prioridade na categorização estão as categorias obediente, exploratória, metacognitiva, analítica, validante e, então, sem distinção, concreta, dialógica e desobediente.

Tabela 1. Categorias do cliente e do terapeuta no SICARECC

Classe	Código	Função comum	Respostas frequentes	Exemplo
Obediente	C-OBE	Autorregulação verbal ou coerência simbólica	Preocupar, fatalizar, ruminar, responsabilizar e generalizar	C: "Eu preciso fazer isso, não tenho escolha! Se eu não fizer, ninguém vai fazer"
Exploratória	C-EXP T-EXP	Aumentar a saliência de pensamentos específicos	Observar; descrever	T: "O que você está pensando agora?" C: "Estou pensando tudo que vou ter que fazer quando chegar em casa"
Controladora	C-CONT T-CONT	Reduzir a magnitude ou o contato com pensamentos indesejáveis	Evitar; controlar	C: "Eu não quero pensar nisso, como que eu me livro desses pensamentos?" T: "Vamos tentar um exercício de respiração, para você ficar presente e tirar esses pensamentos da sua mente"

Classe	Código	Função comum	Respostas frequentes	Exemplo
Metacognitiva	C-MET T-MET	Aumentar a saliência de padrões e regularidades do pensar	Categorizar; descrever regularidades; comparar com contingências	T: "Parece que este senso de dever, que você é responsável por tudo, está aparecendo agora..." C: "Verdade...ele sempre aparece quando eu tenho um projeto grande para entregar"
Avaliativa	C-AVA T-AVA	Modificar conteúdo de pensamentos indesejáveis	Julgar; minimizar; modificar conteúdo	T: "Será que se você não fizer tudo, outras pessoas não irão fazer? Parece que você está exagerando um pouco" C: "Verdade, eu sempre faço isso...eu exagero tudo que nem um idiota, não devia ficar fazendo tempestade em um copo de água"
Analítica	C-ANA T-ANA	Modificar função de pensamentos como respostas que tem causas	Relacionar temporalmente e causalmente com outras variáveis	T: "Por que você acha que esses pensamentos de dever surgem com tanta força?" C: "Ah, meu chefe está me colocando uma pressão enorme. Ele fica falando todo dia que a gente tem que entregar o projeto, que vai dar ruim se não cumprimos o prazo"
Validante	C-VAL T-VAL	Modificar função de pensamentos como experiências normais e compreensíveis	Relacionar com contexto atual ou histórico, categorizar como experiência humana normal	C: "Realmente, não tem como não enlouquecer e se cobrar muito nesta empresa. Todo mundo está surtando lá" T: "De fato, se estivesse no seu lugar estaria surtando também! Eu fico ansioso só de ouvir você falar sobre o seu chefe"
Concreta	C-CONC T-CONC	Aumentar a saliência das propriedades formais naturais ou arbitrariamente atribuídas a pensamentos	Brincar com palavras; objetificar	T: "Se esse senso de dever fosse um objeto, qual objeto ele seria?" C: "Hmm...acho que uma mala. Daquelas bem grandes e de costas, que pesam muito..."
Dialógica	C-DIA T-DIA	Salientar e responder ao indivíduo que está pensando	Distinguir pensador de pensamentos; agradecer; reconhecer ou ironizar narrativa	T: "Parece que seu cérebro está fazendo o papel dele de pensar em tudo que você pode ser cobrado. Mas, daí falta criatividade para ele, coitado. As histórias sempre acabam no mesmo lugar trágico de você sendo demitida e voltando a morar com seus pais (risos)!" C: "(risos) É verdade, parece filme de sessão da tarde, você sempre sabe que todo mundo vai sobreviver e os protagonistas vão se beijar no final (risos)"
Desobediente	C-DES T-DES	Aumentar probabilidade de ações incongruentes com conteúdo do pensamento	Salientar momentos de desobediência; relacionar desobediência com consequências; agir de modo incongruente com o conteúdo de pensamentos	T: "O senso de dever está aqui e você pode escutar ele, chegar em casa do trabalho e se matar ainda mais de trabalhar. Você pode escolher fazer isso. Mas, você já está bem cansado. Quais outras opções você tem?" C: "Ah, eu posso ver aquela série que queria assistir. Acho que me faria bem, vou tentar fazer isso"
Facilita progresso	C-FAC T-FAC	Continuar dinâmica existente na interação, porém não relacionado aos pensamentos do cliente	Facilitação Compreensão	T: "Nesse momento você já estava na casa nova?" C: "Sim, isso mesmo"
Dificulta progresso	C-DIF T-DIF	Modificar ou interromper dinâmica existente na interação, porém não relacionado aos pensamentos do cliente	Incompreensão Desaprovação Mudança de tema (se mudança não for esquiva de tema desconfortável)	T: "Não entendi direito, onde você estava?" C: "Você não estava prestando atenção?!"

Método (Estudo 2)

Na sequência, a Análise da Tarefa prosseguiu para as etapas 5 e 6 da fase de descobrimento, descritas no Estudo 2. A etapa 5 corresponde à obtenção de dados empíricos sobre a resolução da tarefa na prática. Greenberg (2007) sugere que isso seja feito com episódios de sessão que demonstram a resolução bem e malsucedida da tarefa em questão. Entretanto, devido à falta de acesso a transcrições de sessões que haviam buscado promover desfusão cognitiva, foi escolhido realizar novos processos clínicos cujas demandas indicam que a desfusão cognitiva seria um dos objetivos terapêuticos prováveis. Já a etapa 6 envolve comparar os dados empíricos obtidos com o modelo racional, integrando-os em um novo modelo racional-empírico (Greenberg, 2007).

Participantes

Foram selecionados três participantes entre 18 e 65 anos, alfabetizados e com sintomas compatíveis com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Foram excluídos participantes que já estavam em processo de psicoterapia ou tinham o diagnóstico de TAG como comorbidade a um diagnóstico principal. Participantes em farmacoterapia não foram excluídos, mas foram solicitados a informar quaisquer mudanças na medicação. Ao fim, foram selecionados três adultos jovens, estudantes universitários, com média de 22,67 anos (desvio padrão de 1,89), sendo dois do gênero feminino e um do gênero masculino.

O primeiro autor atuou como psicoterapeuta nos três casos, sendo supervisionado pela segunda autora. Todas as sessões foram transcritas pelo primeiro autor com o auxílio de quatro assistentes de pesquisa da graduação. Todas as transcrições foram categorizadas pelo primeiro autor. A aferição de concordância foi realizada por uma terapeuta comportamental com oito anos de experiência clínica.

Ambiente

Todas as sessões foram conduzidas em salas do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LTC-USP).

Materiais

Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (GAD-7). Questionário com sete questões para avaliar sintomas de TAG, com escores entre 0 e 28 pontos (Spitzer et al., 2006). Possui tradução para o português e validação para a população brasileira (Moreno et al., 2016).

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ). Questionário com sete questões para avaliar fusão cognitiva, com escores entre 0 e 49 pontos (Gillanders et al., 2014). Possui tradução para o português e validação para a população brasileira (Lucena-Santos et al., 2017).

Questionário de Valoração (VQ). Questionário com duas subescalas para avaliar engajamento em ações valorizadas e obstáculos para estas ações, com escores entre 0 e 30 em cada subescala (Smout et al., 2014). Foi traduzido para o português para a presente pesquisa de acordo com as recomendações de Borsa et al. (2012).

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica (EMP). Entrevista semiestruturada com nove perguntas abertas sobre a experiência do cliente do processo terapêutico, as mudanças clínicas observadas e as razões atribuídas pelo cliente à estas transformações (Elliott et al., 2001).

Sistema de Categorização das Respostas as Cognições do Cliente (SICARECC). Sistema de categorização desenvolvido no Estudo 1.

Também foram utilizados um gravador digital de áudio e o software *Inqscribe*, para transcrição de áudio. O software Excel foi utilizado para análise e organização de dados.

Procedimento

Quatro participantes em potencial foram selecionados da lista de espera do atendimento clínico do Instituto de Psicologia da USP. Eles foram convidados para uma entrevista de triagem e avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Um participante foi excluído por já estar fazendo psicoterapia. Os outros três preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciaram um processo de

psicoterapia individual com o primeiro autor, com sessões semanais de 50 a 60 minutos. Antes de cada atendimento, os participantes preencheram os questionários de autorrelato: CFQ e VQ (semanalmente) e GAD-7 (semanas alternadas em função das instruções da escala).

O processo terapêutico teve duas fases. Na Fase A, o terapeuta buscou desenvolver uma forte aliança terapêutica com o participante, clarificar seus objetivos e valores e construir uma formulação de caso idiográfica analítico-comportamental por meio do Modelo de Caso Clínico Analítico-Funcional (FACCM; Haynes & O'Brien, 2000); porém, evitou ações que promoveriam desfusão cognitiva diretamente. A transição de fase ocorreu após um mínimo de cinco sessões e a obtenção de estabilidade dos escores do CFQ, obedecendo o critério de variabilidade inferior a 10% nas médias das últimas cinco sessões (cf. Costa & Cançado, 2012). Então, na Fase A+B, todos os participantes passaram por quinze sessões na qual o terapeuta continuou as ações da fase anterior e passou a incluir tentativas diretas de promover desfusão cognitiva, com tomada de decisão clínica flexível.

Logo após o final da Fase A+B, os participantes foram entrevistados por meio da EMP. Três meses depois foi feito um encontro de *follow-up* com o preenchimento das escalas de autorrelato e uma descrição qualitativa dos participantes sobre seu estado.

O áudio de todas as sessões das Fases A e A+B foi gravado e posteriormente transcrito com o InqScribe, distinguindo entre os turnos do terapeuta e do cliente. Então, foram separados os episódios das sessões a serem categorizados, que começavam com um dos marcadores delineados na Etapa 1 ou quando terapeuta e/ou cliente estavam respondendo aos pensamentos do cliente; e encerrados quando havia uma mudança de assunto ou a díade se engajava em três turnos de classes de facilitação ou progresso. Na sequência, o pesquisador atribuiu uma única categoria do SICARECC a cada um dos turnos do terapeuta e do cliente nos episódios selecionados.

Para cada participante, uma sessão foi aleatoriamente selecionada de cada fase para ser categorizada por uma aferidora de concordância (totalizando 6 sessões ou cerca de 10%). A aferidora foi informada sobre a formulação dos casos, mas era cega à fase de cada sessão. Ela também foi treinada na categorização com o SICARECC por meio de uma sessão de prática seguida de feedback com o primeiro autor.

Análise de Dados

Embora Greenberg (2007) priorize o uso de análises qualitativas, a pluralidade metodológica, especialmente na obtenção de dados distintos e complementares, é uma estratégia defendida por pesquisadores de processo-resultado em psicoterapia (Elliott, 2010; Kazdin, 2007).Neste estudo, para todos os três participantes foram obtidos dados quantitativos de autorrelato (escalas e questionários) e das verbalizações do cliente e do terapeuta em sessão (SICARECC); e dados qualitativos oriundos do terapeuta (prontuários dos atendimentos) e do cliente (EMP).

Os principais dados coletados foram advindos das categorizações por meio do SICARECC, utilizado para realizar uma microanálise sequencial de processo (Elliott, 2010). Em cada sessão foram calculadas as frequências absoluta e relativa de todas as categorias, permitindo avaliar quais tipos de verbalizações foram mais ou menos presentes e a variação nesta frequência ao longo do processo terapêutico.

Ademais, foi feita uma análise sequencial da interação terapeuta-cliente e terapeuta-cliente (Bakeman & Quera, 2011). Considerando uma sessão de psicoterapia como uma sequência de turnos alternados entre terapeuta e cliente, é possível avaliar a frequência com que cada uma das categorias do cliente ocorreu diante de uma categoria específica do terapeuta. Por exemplo, podemos determinar com que frequência as categorias C-OBE, C-EXP, C-CONT, C-MET, C-AVA, C-ANA, C-VAL, C-CONC, C-DIA, C-DES, C-FAC, C-DIF foram emitidas logo após o terapeuta se engajar em T-EXP; e fazer o mesmo processo para todos as outras categorias do terapeuta.

Foram mensuradas as frequências das categorias de resposta do cliente no turno logo após determinada resposta do terapeuta (*lag* 1) e em seu próximo turno (*lag* 3). A partir da análise sequencial, foram calculadas as probabilidades de transição: a frequência relativa de cada categoria do cliente diante de uma determinada categoria do terapeuta (Bakeman & Quera, 2011).

As mesmas análises também foram realizadas em relação às categorias de comportamentos do terapeuta diante de falas específicas do cliente: frequência absoluta e probabilidade de transição em *lag* 1 e 3. A aferição de concordância das categorizações foi feita por meio do coeficiente Kappa de Cohen.

Já os questionários de autorrelato foram avaliados por meio da análise visual do gráfico (Lane & Gast, 2014). Todos os dados quantitativos foram analisados por meio do Microsoft Excel.

Por fim, seguindo a sugestão de Elliott e colaboradores (2001), os dados da EMP foram analisados por meio da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), com ênfase na categorização aberta e axial (Strauss & Corbin, 1990). Para isso, o discurso dos participantes foi decomposto em unidades de análise discreta, comparadas em termos de suas semelhanças e diferenças. Por sua vez, esta comparação permite a construção de classes de sentido progressivamente maiores e hierarquicamente organizadas.

Resultados (Estudo 2)

Análise Empírica (Etapa 5)

Categorização das sessões

No total, foram feitas 65 sessões de psicoterapia já que a estabilidade no CFQ (critério para mudança de fase) foi atingida na sessão 6 para os participantes Luísa e Camila, porém somente na sessão 8 para Heitor[1]. Após a transcrição do áudio e separação de episódios, 9098 turnos foram categorizados com o SICARECC.

O índice de concordância entre observadores foi de 0,528 utilizando o coeficiente de Kappa de Cohen, um valor considerado moderado pelas diretrizes de Landis e Koch (1977) e entre satisfatório e bom de acordo com as sugestões de Fleiss (1981).

A Figura 2 mostra a frequência relativa as categorias do SICARECC do comportamento do terapeuta e do cliente ao longo de todas as sessões para os casos Heitor, Luísa e Camila. Nos dados seguintes, as categorias de facilitar e dificultar o progresso (C-FAC, C-DIF, T-FAC e T-DIF) não foram incluídas para facilitar a visualização dos dados, já que elas não são contempladas pelo modelo racional e não estão diretamente relacionadas à promoção de desfusão cognitiva.

A Tabela 2 mostra a probabilidade de transição em sequências de interação cliente-terapeuta em *lag* 1 para os três participantes. Já a Tabela 3 mostra os mesmos dados, mas para sequências de interação terapeuta-cliente. As análises sequenciais em *lag* 3 não demonstraram um padrão significativamente diferente de *lag* 1 e, portanto, não serão mostradas[2].

Questionários de autorrelato

A Tabela 4 apresenta os resultados dos questionários de autorrelato (CFQ, VQ e GAD-7) ao longo das sessões para cada um dos participantes.

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica

Os relatos dos três participantes foram categorizados em três eixos. O primeiro eixo descreve os principais temas abordados pelas perguntas do EMP: as mudanças clínicas percebidas, os fatores aos quais eles atribuíam estas mudanças (relacionados ou não à terapia), aspectos negativos do processo terapêutico e experiência de participação na pesquisa.

Já o segundo eixo é caracterizado pelas respostas mais gerais dos participantes aos temas abordados na entrevista. Heitor afirmou ter percebido mudanças positivas em termos de autoconhecimento, autocompaixão, aceitação das experiências psicológicas e capacidade de estar presente. Ele atribuiu estas mudanças à categorização de tipos de pensamentos, a personificação destas classes, a possibilidade de refletir em voz alta sobre sua vida e de entrar em contato com momentos emocionalmente carregados do seu passado. Porém, afirmou ter tido dificuldade de compreender o processo terapêutico no início e ainda perceber a procrastinação afetando sua vida. Em relação a pesquisa, relatou tranquilidade com a exposição e que sua compreensão sobre as perguntas dos questionários mudou ao longo do tempo.

Já Luísa observou mudanças positivas em termos de autoconhecimento, aceitação das experiên-

1 Foram usados nomes fictícios para respeitar o sigilo dos participantes

2 A frequência absoluta de categorias do SICARECC e a análise sequencial em *lag* 3 está disponível em Assaz (2020).

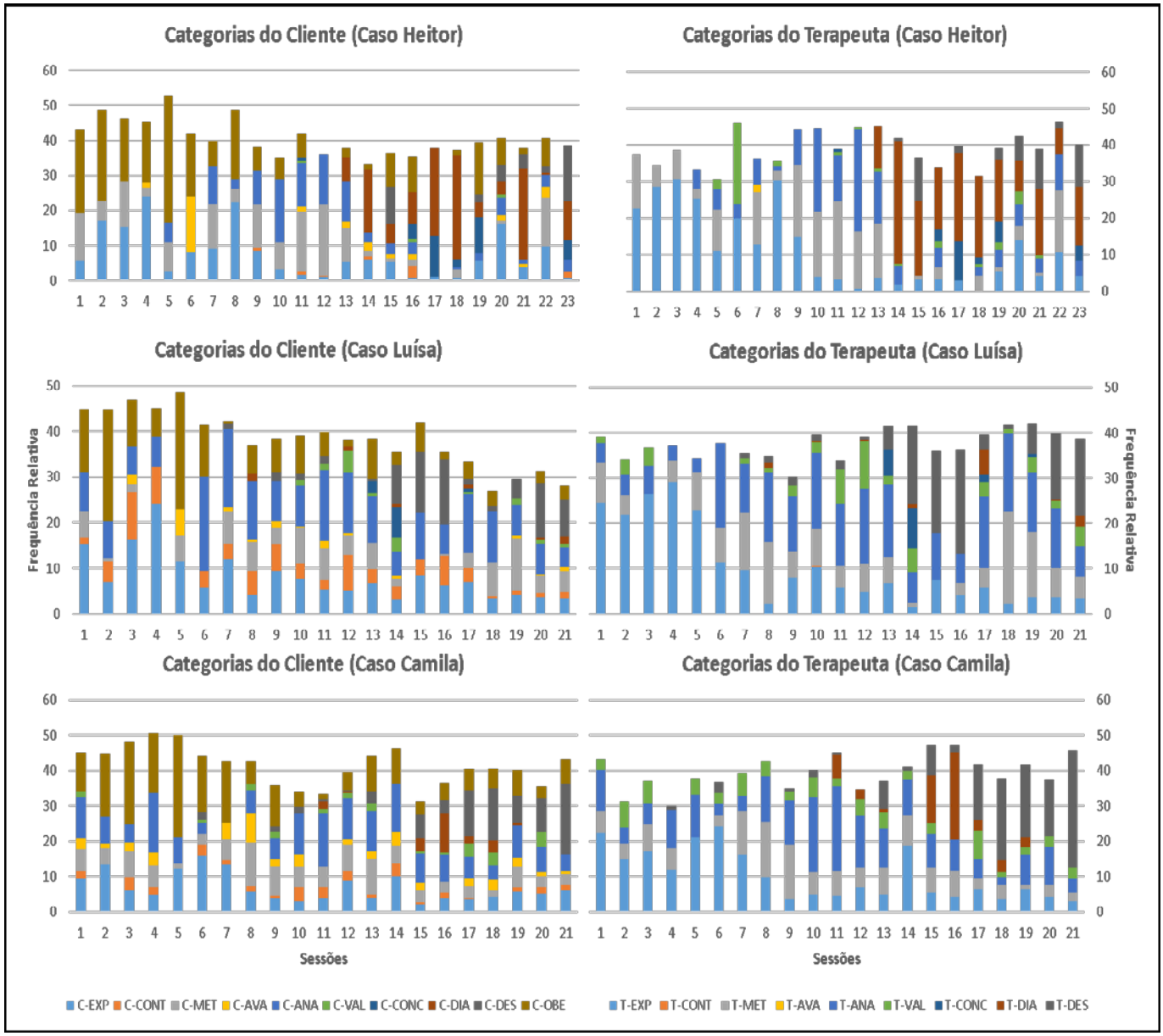

Figura 2. Frequência Relativa de Verbalizações do Cliente e do Terapeuta em Sessão

Nota: EXP = exploratória. CONT = controladora. MET = metacognitiva. AVA = avaliativa. ANA = analítica. VAL = validante. CONC = concreta. DIA = dialógica. DES = desobediente. OBE = obediente.

Tabela 2. Probabilidade de transição em sequências de interação cliente-terapeuta em lag 1

Caso Heitor									
	T-EXP	**T-CONT**	**T-MET**	**T-AVA**	**T-ANA**	**T-VAL**	**T-CONC**	**T-DIA**	**T-DES**
C-OBE	**0,38**	0	0,08	0	0,08	0,02	0	0,06	0,04
C-EXP	**0,40**	0	0,11	0,01	0,06	0,03	0	0,07	0,01
C-CONT	0	0	**0,18**	0	0,09	0,09	0	0	0,09
C-MET	0,03	0	**0,67**	0	0,08	0	0	0,03	0,01
C-AVA	0,11	0	0,11	0	0,11	**0,41**	0	0,15	0
C-ANA	0,05	0	0,12	0	**0,55**	0,01	0	0,03	0,01
C-VAL	**0,33**	0	0	0	**0,33**	**0,33**	0	0	0
C-CONC	0	0	0,05	0	0	0	**0,46**	**0,17**	0
C-DIA	0,02	0	0,03	0	0,03	0	0,02	**0,59**	0,02
C-DES	0,05	0	0	0	0,05	0	0,02	0,14	**0,55**
Caso Luísa									
	T-EXP	**T-CONT**	**T-MET**	**T-AVA**	**T-ANA**	**T-VAL**	**T-CONC**	**T-DIA**	**T-DES**
C-OBE	**0,28**	0,01	0,13	0	0,10	0,01	0	0,01	0,06
C-EXP	**0,39**	0	0,08	0	0,10	0,03	0	0	0,03
C-CONT	**0,19**	0	0,07	0	**0,18**	0,11	0	0,01	0,06
C-MET	0,03	0	**0,45**	0	**0,17**	0,05	0	0,01	0,01
C-AVA	**0,18**	0	**0,18**	0	0,12	**0,24**	0	0	0,12
C-ANA	0,05	0	0,09	0	**0,45**	0,05	0,01	0,01	0,04
C-VAL	0,10	0	0,03	0	**0,17**	**0,28**	0	0	0,10
C-CONC	0	0	0	0	0	0	**0,63**	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0,08	0	0	**0,58**	0
C-DES	0,07	0	0,03	0	0,04	0,03	0,01	0,01	**0,46**
Caso Camila									
	T-EXP	**T-CONT**	**T-MET**	**T-AVA**	**T-ANA**	**T-VAL**	**T-CONC**	**T-DIA**	**T-DES**
C-OBE	**0,28**	0	0,09	0	0,11	0,04	0	0,01	0,09
C-EXP	**0,33**	0	0,11	0	0,10	0,06	0	0,02	0,05
C-CONT	**0,28**	0	**0,20**	0	**0,17**	0,09	0	0,05	0,05
C-MET	0,08	0	**0,39**	0,04	0,12	0,03	0	0,03	0,05
C-AVA	**0,16**	0	**0,16**	0	**0,17**	**0,22**	0	0,04	0,04
C-ANA	0,08	0	0,05	0	**0,50**	0,05	0	0,05	0,07
C-VAL	0,06	0	0,04	0	**0,18**	**0,45**	0	0,04	0,04
C-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DIA	0	0	0	0	0,05	0	0	**0,80**	0,05
C-DES	0,04	0	0,01	0	0,03	0,03	0	0,04	**0,52**

Nota: Valores maiores do que 0,15 foram destacados em negrito. C-OBE = cliente obediente. C-EXP = cliente exploratória. C-CONT = cliente controladora. C-MET = cliente metacognitiva. C-AVA = cliente avaliativa. C-ANA = cliente analítica. C-VAL = cliente validante. C-CONC = cliente concreta. C-DIA = cliente dialógica. C-DES = cliente desobediente. T-EXP = terapeuta exploratória. T-CONT = terapeuta controladora. T-MET = terapeuta metacognitiva. T-AVA = terapeuta avaliativa. T-ANA = terapeuta analítica. T-VAL = terapeuta validante. T-CONC = terapeuta concreta. T-DIA = terapeuta dialógica. T-DES = terapeuta desobediente.

Tabela 3. Probabilidade de transição em sequências de interação terapeuta-cliente em lag 1

Caso Heitor										
	C-OBE	**C-EXP**	**C-CONT**	**C-MET**	**C-AVA**	**C-ANA**	**C-VAL**	**C-CONC**	**C-DIA**	**C-DRU**
T-EXP	**0,26**	**0,42**	0,01	0,03	0,02	0,02	0	0	0,03	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,05	0,03	0,01	**0,55**	0,02	0,07	0	0,01	0,03	0
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,08	0,03	0	0,04	0,02	**0,49**	0	0	0,02	0,01
T-VAL	**0,17**	**0,17**	0,07	0,07	**0,24**	0,03	0,07	0	0	0
T-CONC	0	0,03	0	0	0	0	0,03	**0,75**	0,03	0
T-DIA	0,05	0,06	0,01	0,02	0,02	0,02	0	0,01	**0,49**	0
T-DRU	0,08	0	0	0	0,02	0,02	0	0,02	0,04	**0,58**
Caso Luísa										
	C-OBE	**C-EXP**	**C-CONT**	**C-MET**	**C-AVA**	**C-ANA**	**C-VAL**	**C-CONC**	**C-DIA**	**C-DES**
T-EXP	0,11	**0,47**	0,07	0,03	0,01	0,05	0,01	0,01	0	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,05	0,04	0,03	**0,30**	0,01	0,11	0	0	0	0,02
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,04	0,03	0,05	0,04	0	**0,45**	0,01	0	0,01	0,02
T-VAL	0,05	0,04	0,07	0,02	0,02	**0,16**	**0,21**	0	0	0,03
T-CONC	0,04	0	0	0	0	0,07	0	**0,46**	0	0
T-DIA	0	0,13	0	0,08	0	**0,17**	0	0	**0,25**	0
T-DES	0,08	0,02	0,05	0,04	0,01	0,06	0	0	0	**0,33**
Caso Camila										
	C-OBE	**C-EXP**	**C-CONT**	**C-MET**	**C-AVA**	**C-ANA**	**C-VAL**	**C-CONC**	**C-DIA**	**C-DES**
T-EXP	**0,18**	**0,40**	0,06	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0	0,02
T-CONT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-MET	0,10	0,05	0,03	**0,34**	0,07	0,09	0,02	0	0	0,01
T-AVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-ANA	0,07	0,03	0,05	0,06	0,04	**0,39**	0,02	0	0,01	0,02
T-VAL	0,10	0,05	0,02	0,10	0,08	**0,15**	**0,17**	0	0,01	0
T-CONC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T-DIA	0,01	0,03	0,01	0,06	0,01	0,12	0	0	**0,30**	0,04
T-DES	0,11	0,06	0,01	0,02	0,02	0,09	0	0	0,01	**0,36**

Nota: Valores iguais ou maiores do que 0,15 foram destacados em negrito. T-EXP = terapeuta exploratória. T-CONT = terapeuta controladora. T-MET = terapeuta metacognitiva. T-AVA = terapeuta avaliativa. T-ANA = terapeuta analítica. T-VAL = terapeuta validante. T-CONC = terapeuta concreta. T-DIA = terapeuta dialógica. T-DES = terapeuta desobediente. C-OBE = cliente obediente. C-EXP = cliente exploratória. C-CONT = cliente controladora. C-MET = cliente metacognitiva. C-AVA = cliente avaliativa. C-ANA = cliente analítica. C-VAL = cliente validante. C-CONC = cliente concreta. C-DIA = cliente dialógica. C-DES = cliente desobediente.

Tabela 4. Escores dos Questionários de Autorrelato

	Heitor				Luísa				Camila			
Sessão	**CFQ**	**VQ-p**	**VQ-o**	**GAD-7**	**CFQ**	**VQ-p**	**VQ-o**	**GAD-7**	**CFQ**	**VQ-p**	**VQ-o**	**GAD-7**
T	41	x	x	20	35	x	x	10	43	x	x	10
1	35	10	16	20	32	23	29	10	45	12	20	13
2	36	23	9	x	35	18	18	x	46	10	18	x
3	37	22	15	15	33	19	15	11	42	12	24	8
4	29	4	19	x	32	18	16	x	41	16	22	x
5	29	16	9	8	32	17	16	11	44	18	21	9
6	28	11	17	x	35	17	17	x	44	20	19	x
7	29	11	10	11	35	18	19	8	42	14	28	10
8	27	12	18	x	34	18	17	x	41	16	24	x
9	30	18	14	9	29	17	18	13	43	8	25	9
10	24	25	7	x	28	17	18	x	44	13	23	x
11	25	18	11	11	32	17	21	7	43	17	18	9
12	19	18	9	x	33	20	21	x	42	14	21	x
13	24	13	13	12	34	19	17	15	37	17	18	8
14	19	24	6	x	30	16	17	x	44	9	26	x
15	20	12	8	10	32	17	16	7	40	16	21	10
16	29	9	14	x	32	17	17	x	41	18	13	x
17	23	14	12	12	34	19	14	7	40	19	17	10
18	17	14	9	x	42	20	8	x	41	16	16	x
19	16	9	15	8	30	18	18	7	39	16	18	15
20	28	5	12	x	28	20	13	x	37	15	15	x
21	15	19	6	15	33	16	18	8	44	13	18	11
22	28	4	19	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	9	21	2	6	x	x	x	x	x	x	x	x
EMP	16	9	9	x	28	20	12	x	40	15	21	x
F-UP	24	17	11	9	30	22	16	3	38	19	23	10

Nota: CFQ = Questionário de Fusão Cognitiva. VQ-P = Questionário de Valoração subescala progresso. VQ-O = Questionário de Valoração subescala obstrução. GAD-7 = Questionário do Transtorno de Ansiedade Generalizada 7. T = Triagem. EMP = Entrevista de Mudança Psicoterapêutica. F-UP = Follow-up. X = questionário não administrado

cias psicológicas, assertividade nas interações sociais, valorização das próprias melhoras e mudança nas expectativas do processo de terapia como um espaço para além de conselhos. Ela atribuiu estas alterações ao ritmo gradual do processo; à dinâmica de diálogo reflexivo com sínteses das análises; às sugestões de pausas no fluxo de pensamentos; aos insights entre sessões; ao uso dos aprendizados em terapia para ajudar outras pessoas; e às mudanças em seus relacionamentos. Porém, ela também apontou ter tido dificuldades de compreender o processo no começo e sentiu falta de aprofundamento em um tema importante de seu passado. Sobre a pesquisa, disse que suas respostas aos questionários foram feitas a seu *self* e não à semana específica (apesar das orientações) e diz ter sentido mudanças no CFQ e no VQ, mas não no GAD-7.

Camila afirma ter percebido mudanças positivas em relação a seu autoconhecimento, autocompaixão, aceitação de experiências psicológicas, autoexpressão de sentimentos e pensamentos; engajamentos em atividades que procrastinava, melhoras de saúde física e mudança de expectativa de terapia como um espaço para além de conselhos. Ela atribuiu estas mudanças à credibilidade e confiança no terapeuta, ritmo gradual do processo, bai-

xa pressão do terapeuta para realização de tarefas, uso de analogias e metáforas para interpretações, aprender a avaliar a utilidade de pensamentos, desobedecer aos pensamentos, explicar os aprendizados de terapia para outras pessoas e sair da casa dos pais. Sobre os aspectos negativos, ela destacou a descontinuação do trabalho inicial de clarificação de valores e afirmou ainda perceber a procrastinação presente. Em relação a pesquisa, abordou ter se sentido tranquila com a exposição e que suas respostas aos questionários foram feitas a seu *self* e não à semana específica (apesar das orientações) e de forma mais extremada.

Por fim, o terceiro eixo inclui situações e momentos concretos que ilustram ou exemplificam os pontos levantados no eixo 2 e não serão descritas em detalhes aqui.

Discussão

Efetividade do Processo Terapêutico

Para avaliar os resultados de efetividade dos três processos terapêuticos, é importante integrar as quatro fontes de dados obtidas: os questionários de autorrelato, a frequência de categorias do cliente em sessão, os relatos na EMP e o prontuário do terapeuta sobre a formulação de caso e as sessões[3]. Afinal, a integração de dados quantitativos e qualitativos, oriundos de métodos e observadores diferentes irá enriquecer a compreensão do processo de mudança clínica.

Em primeiro lugar, é possível considerar que as categorias do cliente C-OBE, C-CONT e C-AVA são comportamentos problema que ocorrem em sessão, indícios de fusão cognitiva e obstáculos ao tratamento; e que as categorias C-CONC, C-DIA e C-DES como comportamentos de melhora clínica em sessão, indicativos de desfusão cognitiva. Em congruência com a nomenclatura da FAP, o primeiro grupo será chamado de comportamentos clinicamente relevantes problema (CCR1) e o segundo de comportamentos clinicamente relevantes de melhora (CCR2) (cf. Kohlenberg & Tsai, 1991).

Os dados da Figura 2 mostram que, para todos os participantes, a frequência das categorias compreendidas como CCRs1 foi relativamente alta na Fase A (alcançando máxima de 36,11%, 31,42% e 29,63% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente); e sofreu uma redução significativa na Fase A+B (atingindo mínimas de 0%, 1,56% e 4,84% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Inversamente, a frequência de categorias compreendidas como CCRs2 foi basicamente nula na Fase A (somente presente na sessão 6 do caso Camila) e muito presente na Fase A+B (com máxima de 36,89%, 15,91% e 20,16% nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Esses dados indicam uma mudança positiva significativa no comportamento dos participantes em sessão.

Estes dados são coerentes com o comportamento do terapeuta em sessão, que mostrou alta adesão ao procedimento, mensurado por meio da frequência das categorias do terapeuta mais associadas à desfusão cognitiva (T-CONC, T-DIA e T-DES). Os resultados mostram que durante a Fase A o terapeuta se engajou somente quatro vezes nestes comportamentos, porém o fez com alta frequência na Fase A+B (902 instâncias).

Em segundo lugar, os relatos obtidos pelo EMP e analisados por meio da *Grounded Theory* sugere que os participantes perceberam os processos terapêuticos como predominantemente positivos, especialmente em relação a mudanças na forma que respondiam ao seu próprio comportamento (por exemplo, autoconhecimento, autocompaixão e aceitação), embora alterações na interação com o mundo externo e social tenham sido descritas (por exemplo, assertividade, autoexpressão e engajamento em atividades). Estas observações foram, em grande medida, corroboradas pelo relato qualitativo nos prontuários do terapeuta (cf. Assaz, 2020).

A única fonte de dados que divergiu desse cenário indicativo de melhora clínica foram os questionários de autorrelato. Embora Heitor tenha mostrado uma redução nos escores de fusão cognitiva e ansiedade, esta tendência não foi observada na escala de ações baseadas em valores. Luísa somente demonstrou uma leve tendência de melhora nos questionários CFQ, GAD-7 e VQ-obstrução. Já Camila não apresentou mudanças significativas nestas medidas. Uma possível expli-

3 Estes dados do prontuário sobre o processo de terapia estão disponíveis em Assaz (2020) e não foram incluídos na seção acima em função do escopo do manuscrito.

cação para esta incongruência entre as fontes de dados são as dificuldades relatadas pelos participantes na EMP em compreender os questionários e respondê-los de uma maneira sensível à sua experiência na semana anterior.

Modelo Racional-Empírico (Etapa 6)

Comparação entre o modelo racional e os dados empíricos

O modelo racional, construído no Estudo 1, propunha uma série de hipóteses em relação (1) à frequência de classes de comportamentos do cliente e do terapeuta em sessão com maior ou menor prevalência ao longo do processo da terapia e (2) à sequências recorrentes de interações entre o comportamento do terapeuta e do cliente. Com os dados empíricos obtidos no Estudo II, é possível comparar os resultados obtidos com as hipóteses feitas, avaliando se elas são corroboradas ou não.

A primeira previsão do modelo racional era que em momentos no qual o cliente se engajasse na classe obediente (C-OBE), o terapeuta iria redirecioná-lo para a classe exploratória (T-EXP). Esta hipótese é corroborada pelas probabilidades de transição. Nos três casos, após a ocorrência da categoria C-OBE, a categoria mais provável com grande margem para as demais era T-EXP, com probabilidade de transição de 0,38, 0,28 e 0,28 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente (Tabela 2).

Também foi hipotetizado que a díade se envolveria, em sequência, nas classes exploratória, metacognitiva, analítica e validante. Com exceção da classe validante (discutida mais adiante), esta tendência foi observada no comportamento do terapeuta em todos os três casos (Figura 3). Nas primeiras sessões, a classe exploratória tendeu a predominar sobre as demais. Com o tempo, a classe metacognitiva foi se tornando mais prevalente e a classe exploratória foi decaindo até o ponto de invertê-las em termos de frequência (observado nas sessões 9, 7 e 8 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Então, progressivamente a classe metacognitiva tornou-se menos frequente enquanto a analítica mais presente, até haver uma inversão nos dados (observado nas sessões 10, 8 e 10 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente). Na sequência, estas três categorias tiveram uma frequência acumulada mais baixa; porém, elas se mantiveram presente e até tiveram novos picos em sessões pontuais a depender do caso.

A mesma tendência pode ser observada no comportamento do cliente, com certas "ondas" consecutivas das categorias exploratória, metacognitiva e analítica demonstrando maior prevalência (Figura 3). Porém, este dado aparenta ser menos "limpo", especialmente porque alguns picos são mais ou menos pronunciados em relação aos dados do terapeuta.

Embora a Figura 3 aponte certa sintonia entre os comportamentos do terapeuta e do cliente no engajamento nas categorias exploratória, metacognitiva e analítica, com picos e vales correspondentes em muitos momentos, isto é mais nítido nos dados da análise sequencial. Como pode ser visto na Tabela 2, em todos os três casos, quando o cliente se engajava nas categorias C-EXP, C-MET, C-ANA ou C-VAL, no turno seguinte, o mais provável era que o terapeuta se engajasse na mesma categoria (T-EXP, T-MET, T-ANA ou T-VAL, respectivamente). O inverso também se mostrou verdadeiro. Como ilustrado na Tabela 3, em todos os três casos, quando o terapeuta se engajava nas categorias T-EXP, T-MET, T-ANA ou T-VAL, o mais provável era que o cliente se engajasse na mesma categoria no turno seguinte. A única exceção foi o comportamento de Heitor após T-VAL. Estes dados sugerem a existência de *loopings* entre terapeuta e cliente, no qual ambos se engajam em uma mesma categoria durante o episódio, com cada membro da díade aumentando a chance do outro continuar se engajando na mesma categoria.

A classe validante não seguiu as previsões do modelo racional. A frequência geral foi relativamente, especialmente no caso de Heitor, e pareceu ocorrer em sessões específicas ao longo do processo terapêutico (sessão 6 para Heitor, 11 e 12 para Luísa e 7, 10, 12 e 17 para Camila). Os prontuários sugerem que essas sessões foram caracterizadas por respostas frequentes de avaliação ou controle pelo cliente ou marcadas por análises funcionais que vinculavam a história do cliente ao seu pensamento atual, validando esses comportamentos

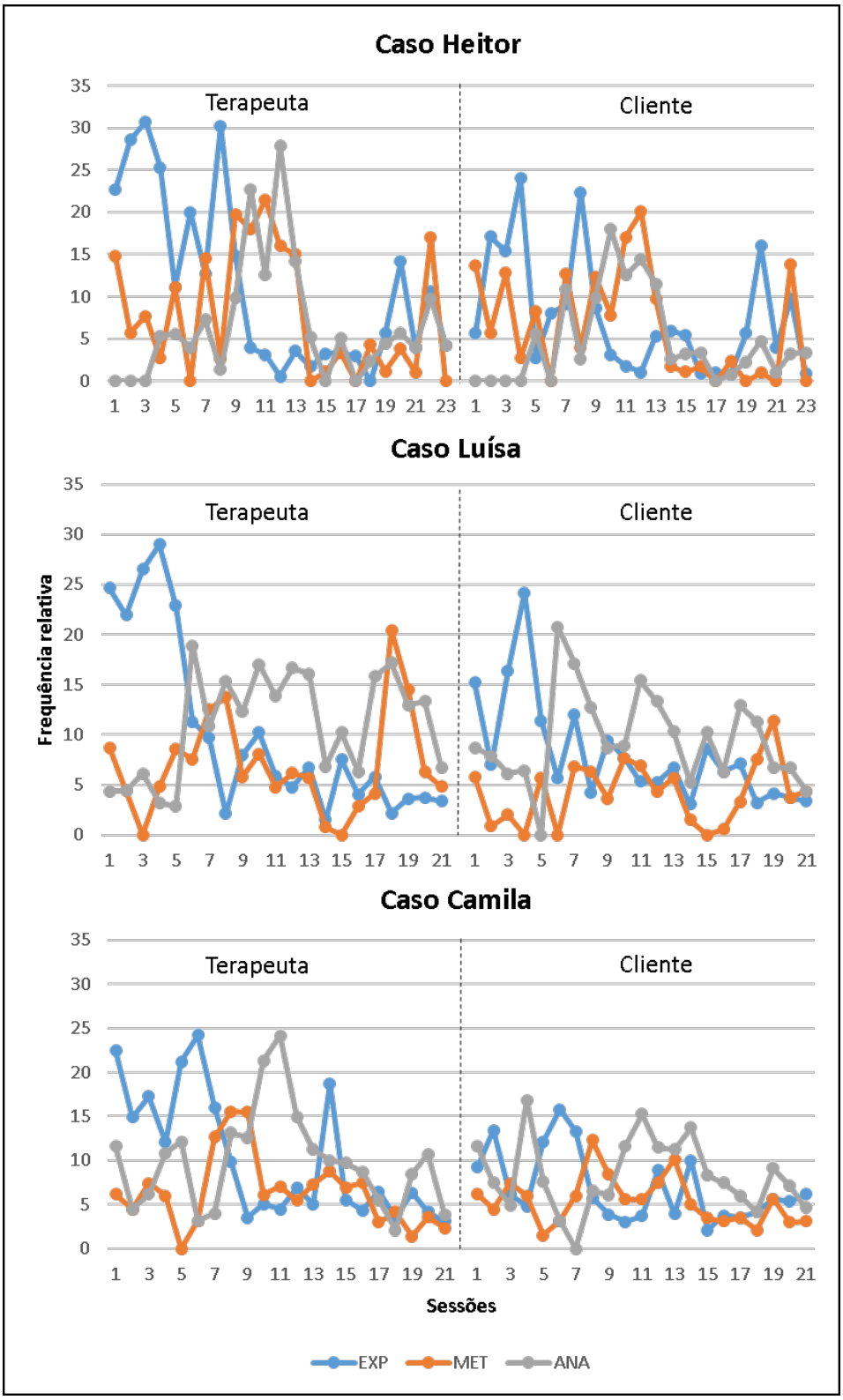

Figura 3. Frequência relativa das categorias exploratória, metacognitiva e analítica do terapeuta e do cliente
Nota: EXP = exploratória. MET = metacognitiva. ANA = analítica.

no processo. Uma possível hipótese é que pode ter havido uma confluência entre as classes analítica e validante, o que coloca em xeque a existência de uma distinção entre compreender o comportamento funcionalmente em seu contexto atual e histórico e explicitar que este comportamento é compreensível dado este contexto.

O modelo racional também descreveu as classes controladora e avaliativa como duas barreiras ao tratamento, com o cliente se engajando nelas na ordem acima e o terapeuta evitando fazê-lo. De fato, o terapeuta teve uma frequência mínima dessas classes, com duas ocorrências em todos os três processos terapêuticos. No entanto, os dados dos clientes foram mais heterogêneos: Heitor teve uma frequência absoluta de 11 instâncias de controladora e 27 instâncias de avaliativa; Luísa teve 113 de controladora e 18 de avaliativa; e Camila teve 60 de controladora e 71 de avaliativa. Além disso, essas categorias de clientes não eram particularmente prováveis após determinados comportamentos do terapeuta, com a exceção da sequência T-VAL/C-AVA no caso Heitor (Tabela 3). Ademais, diante das classes avaliativa e controladora do cliente, diversas categorias do terapeuta tinham alta probabilidade de ocorrência, a depender do caso, como exploratória (T-EXP), metacognitiva (T-MET), analítica (T-ANA) e validante (T-VAL), mas sem uma sequência preferível (Tabela 2).

Integrando as análises acima com a formulação de caso e descrição do processo terapêutico feitas pelo clínico, o comportamento dos participantes parece ser congruente com o uso de diferentes topografias pelos participantes para se engajar em esquiva experiencial. Heitor parava de falar, evitava contato visual e adotava uma postura fechada, comportamentos não-vocais não categorizados pelo SICARECC (a exceção foram algumas falas autodepreciativas, categorizadas com C-AVA). Já Luísa ria de forma nervosa em situações emocionalmente incongruentes, comportamento categorizado como C-CONT). Por fim, Camila ria de nervoso em situações emocionalmente incongruentes, mas também se julgava abertamente por ter alguns pensamentos, categorizando-os como ruins e afirmando tentar controlá-los (comportamentos categorizados como C-CONT e C-AVA). Portanto, funcionalmente talvez fosse mais apropriado não distinguir entre as classes controladora e avaliativa, mas simplesmente considerá-la topografias diferentes de esquiva experiencial (Hayes et al., 1996).

Após a classe validante, o modelo racional propunha que o cliente e o terapeuta se engajariam primeiramente na classe concreta ou dialógica e somente então na classe desobediente. De fato, estas três classes, mais associadas à desfusão cognitiva, começam a aparecer com uma frequência relevante no comportamento do cliente e do terapeuta somente na segunda metade dos processos terapêuticos, usualmente acompanhado de um decréscimo nas categorias metacognitiva e analítica (notavelmente nas sessões 13, 14 e 15 nos casos Heitor, Luísa e Camila, respectivamente).

É interessante notar a variabilidade entre os casos a respeito destas três classes (Figura 4). No caso Heitor, a categoria dialógica é a primeira a surgir e também a mais presente das três (para terapeuta e cliente). Porém, as categorias concreta e desobediente apresentam frequências importantes, com picos em sessões específicas. No caso Luísa, a categoria desobediente é a com maior presença, apresentando certa prevalência desde a sessão 7, mas atingindo alta frequência a partir da sessão 13. Este início é concomitante com um pico na categoria concreta, que só ocorre com frequência significativa nas sessões 13, 14 e 17. Já a categoria dialógica tem uma presença mais pontual. Por fim, no caso Camila não houve ocorrências da categoria concreta. Por outro lado, as categorias dialógica e desobediente possuem um pico inicial concomitante, a partir da sessão 15, mas mais duradouro no caso da última.

Em relação às classes concreta, dialógica e desobediente, é possivelmente novamente observar a ocorrência de *loopings* entre o comportamento do cliente e do terapeuta (Tabelas 2 e 3). Isto é, quando o terapeuta se engajava em uma destas classes, o mais provável é que, no turno seguinte, o cliente se engajasse na mesma classe. O contrário também foi verdade: o terapeuta tendia a seguir o cliente quando este se engajava em uma destas três classes.

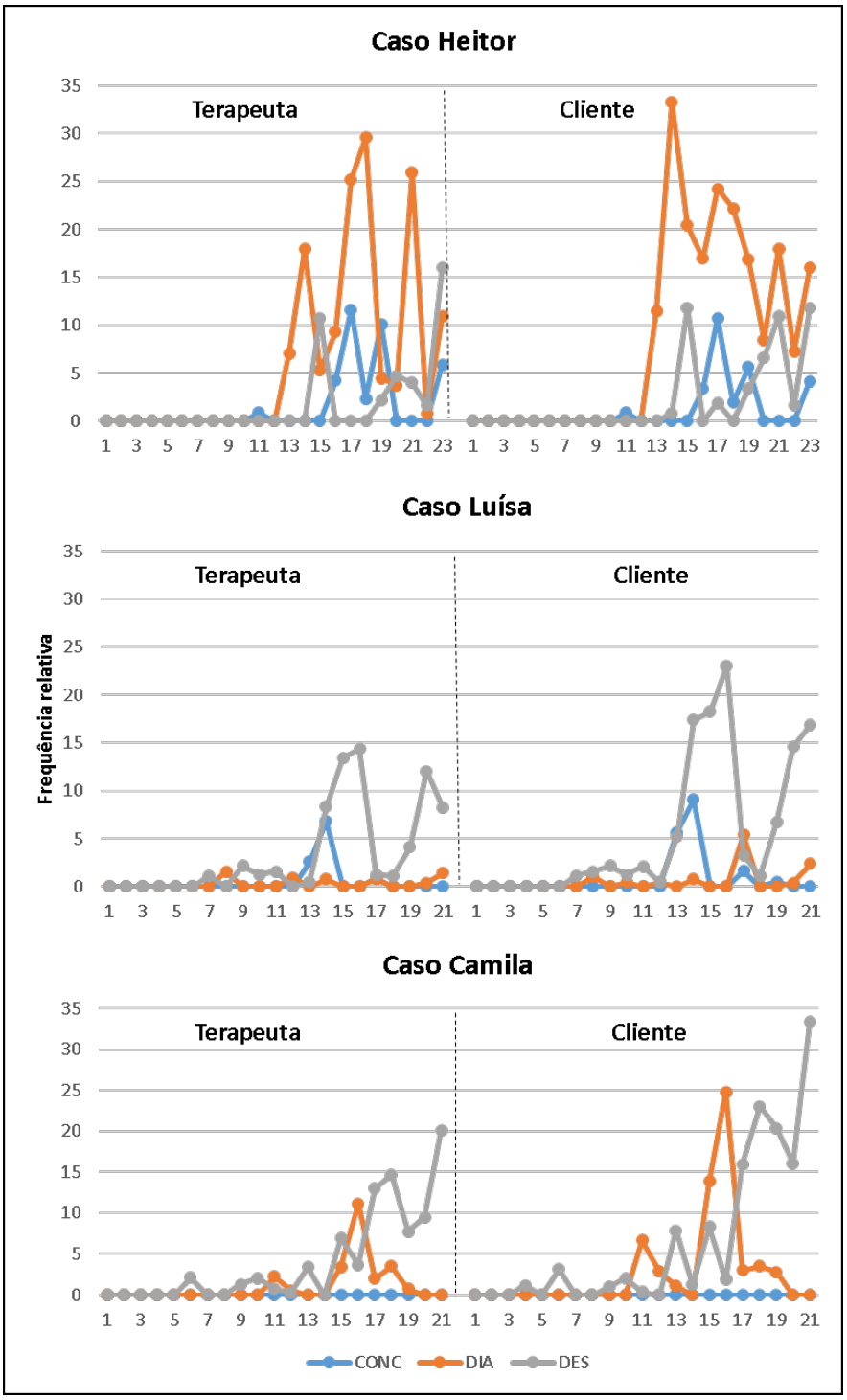

Figura 4. Frequência relativa das categorias concreta, dialógica e desobediente do terapeuta e do cliente

Nota. CONC = concreta. DIA = dialógica. DES = desobediente

Construção do modelo racional-empírico

A comparação entre o modelo racional e a análise empírica levou a algumas alterações no modelo anterior. Considerando que ainda existem diversos aspectos a serem explorados em futuras análises empíricas, este será considerado um modelo racional-empírico preliminar (Figura 5).

Foram feitas quatro principais mudanças no modelo racional para a construção do modelo racional-empírico. Em primeiro lugar, a assimilação da classe avaliativa pela classe controladora, que passa a ser um obstáculo à promoção da desfusão cognitiva que pode ocorrer nas etapas iniciais da tarefa. Em segundo lugar, a integração das classes analítica e validante em uma única, denominada compreensiva. Em terceiro lugar, a criação de um caminho alternativo para a classe desobediente que não passa pela classe concreta ou dialógica. Em quarto lugar, os *loopings* na interação entre terapeuta e cliente em cada classe, exceto obediente e controladora, ganharam destaque e proeminência para compreender a dinâmica do modelo.

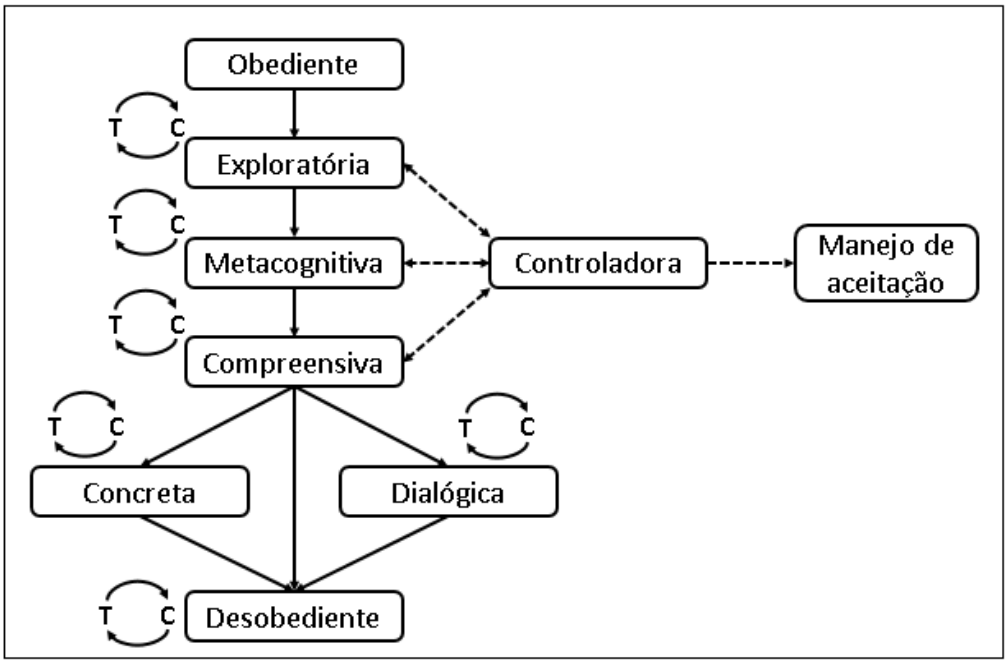

Figura 5. Modelo Racional-Empírico para Produzir Desfusão Cognitiva
Nota: Setas tracejadas indicam caminhos alternativos possíveis em função de barreiras ao tratamento.
T = terapeuta. C = cliente.

Limitações e Futuras Pesquisas

Este estudo possui algumas limitações que reduzem sua validade interna e externa. Em relação à validade interna, a confusão dos papéis do pesquisador principal, terapeuta e categorizador traz diversos vieses. Embora isso tenha sido feito neste estudo por conveniência e disponibilidade limitada de terapeutas com formação em ACT, pesquisas futuras deveriam tentar separar esses papéis em indivíduos diferentes. Além disso, os três processos terapêuticos analisados foram conduzidos pelo mesmo terapeuta, com clientes diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e ocupações e idades semelhantes. Isso significa que se deve ter cuidado generalizar esses dados para outras populações e terapeutas. Esta linha de investigação é encorajada a fim de avaliar a possível variabilidade entre terapeutas e clientes (cf. Rochael, 2024).

Ademais, outras metodologias podem ser empregadas, trazendo consigo vantagens sobre a adotada neste estudo. Dentre elas estão a análise mais

aprofundada de episódios específicos ou o contraste entre resoluções da tarefa com alta ou baixa efetividade (Greenberg, 2007).

Como mencionado anteriormente, o modelo racional-empírico não pretende ser definitivo. Qualquer aspecto dele pode e deve ser revisado quando novas evidências surgirem. Por exemplo, a proposta de incluir a classe avaliativa na controladora faz sentido? Integrar as classes analítica e validante em uma única classe compreensiva é a melhor opção? Dados os três caminhos da classe compreensiva para a classe desobediente, qual é o mais efetivo e eficiente para cada paciente?

Conforme novas evidências empíricas sejam acumuladas de modo a refinar o modelo racional-empírico, a Análise da Tarefa pode prosseguir para a etapa 7. Nesta, são descritos os processos psicológicos envolvidos em cada classe do modelo e a transição entre elas. Este trabalho já foi iniciado aqui na descrição das categorias, mas deve ser refinado e expandido. Então, a Análise da Tarefa de desfusão cognitiva poderia sair da fase de descobrimento e entrar sua fase de validação (Greenberg, 2007).

Conclusão

A presente pesquisa se propôs a elaborar uma Análise da Tarefa parcial e sobre como terapeutas promovem desfusão cognitiva em seus clientes que se encontram em um estado de fusão cognitiva. O objetivo é contribuir para a construção de diretrizes que orientem e guiem a tomada de decisão clínica, de modo a aumentar a efetividade e eficiência da intervenção.

Embora as evidências empíricas obtidas permitissem refinar o modelo teórico e construir um modelo racional-empírico, este deve ser visto como preliminar. Assim, ele pode, no momento, ter sua utilidade, mas deve ser refinado por estudos empíricos que resolvam as limitações deste estudo e explorem outros terapeutas, populações e metodologias de pesquisa.

Referências

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2000). The hopelessness theory of suicidality. In: T. E. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding boundaries* (pp. 17-32). Springer.

Assaz, D. A. (2020). Desfusão cognitiva na terapia de aceitação e compromisso (ACT): O processo de mudança clínica [Tese de doutorado; Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.

Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change?. *The Psychological Record, 68*(4), 405-418. https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z

Assaz, D. A., Tyndall, I., Oshiro, C. K., & Roche, B. (2023). A process-based analysis of cognitive defusion in acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, *54*(6), 1020-1035. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.06.003

Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, C., & McEnteggart, C. (2017). From the IRAP and REC model to a multi-dimensional multi-level framework for 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

Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and related constructs: A critical review and metacognitive processes model. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(5), 599-617. https://doi.org/10.1177/1745691615594577

Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record*, *57*(4), 555-576. https://doi.org/10.1007/BF03395595

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration

of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21*(1), 9–16. https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3

Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, *22*(53), 423-432. https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014

Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 60-64. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005

Costa, C. E., & Cançado, C. R. X. (2012). Stability check: A program for calculating the stability of behavior. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *38*(1), 61-71.

Division 12 of the American Psychological Association (2016). *Research-supported psychological treatments*. Retrieved from: www.div12.org/psychological-treatments/

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, *20*(2), 123-135. https://doi.org/10.1080/10503300903470743

Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, *43*(3), 69-111.

Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions (2ª ed.)*. John Wiley & Sons.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*(1), 83-101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 181-192. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009

Greenberg, L. S. (1984). Task analysis: The general approach. In: L. N. Rice & L. S. Greenberg, *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124-148). Guilford Press.

Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 15-30. https://doi.org/10.1080/10503300600720390

Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 439-446. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.439

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/j.beth.2016.11.006

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, *17*(2), 289-303. https://doi.org/10.1007/BF03392677

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edition)*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152-1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Kluwer Academic Publishers.

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, *7*(1), 37-50. https://doi.org/10.1177/2167702618772296

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychogy*, *3*, 1-27. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships. Plenum Press.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical

data. *Biometrics, 33*(1), 159-174. https://doi.org/10.2307/2529310

Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, *43*(4), 741-756. https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003

Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In: A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). American Psychological Association.

Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Oliveira, M. S. (2017). Cognitive fusion questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 53-62. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004

Luciano, C., Törneke, N., & Ruiz, F. J. (2023). Clinical behavior analysis and RFT: Conceptualizing psychopathology and its treatment. Em: M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds.) *Oxford handbook of acceptance and commitment therapy* (p. 109-144). Oxford University Press.

Luoma, J. & Hayes, S. C. (2009). Cognitive defusion. In: W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *Empirically supported techniques of Cognitive Behavior Therapy: A step by step guide for clinicians (2nd edition)* (pp. 181-188). John Wiley & Sons.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists (2nd version)*. New Harbinger Publications.

Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L. & Crippa, J. A. D. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, *24*(1), 367-376. http://doi.org/10.9788/TP2016

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, *3*(5), 400-424. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x

Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2014). Task analysis: New developments for programmatic research on the process of change. In: W. Lutz & S. Knox (Eds.), *Explorations in mental health: Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research* (pp. 249-273). Routledge/Taylor & Francis Group.

Rochael, L. P. M. (2024). *Análise da eficácia da ACT associada à compaixão na flexibilidade psicológica e no autoestigma de mulheres acima do peso*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da PUC Goiás.

Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, *27*(3), 300-312. https://doi.org/10.1177/0145445503027003003

Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M., ... & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *9*, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004

Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., & Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *16*(3), 213-233.

Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In: A. O. Hovarth & L. S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 225-255). John Wiley & Sons.

Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In: R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 45-61). Pergamon.

Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Vintage Books.

Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the valuing questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(3), 164-172. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001

Soriano, M. C. L., Valverde, M. R., & Martínez, O. G., (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(2), 377-396.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.

Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change*. New Harbinger.

Twohig, M. P., & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression & anxiety: Annotated transcripts for learning acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, *36*(1), 87-119. https://doi.org/10.1177/0145445511422830

Westrup, D. (2014). *Advanced acceptance and commitment therapy: The experienced practitioner's guide to optimizing delivery*. New Harbinger Publications.

Histórico do Artigo

Submetido em: 30/10/2023
Aceito em: 15/12/2024