

O dilema do sofrimento humano

Não há nada de externo que garanta ausência de sofrimento. Mesmo quando nós, seres humanos, temos *todas* as coisas que tipicamente usamos para medir o sucesso externo – ótima aparência, pais amorosos, filhos incríveis, segurança financeira, um cônjuge atencioso –, isso pode não ser suficiente. Os seres humanos podem estar aquecidos, bem alimentados, fisicamente bem – e ainda assim podem se sentir infelizes. Podem desfrutar de várias formas de excitação e entretenimento desconhecidas no mundo não humano e fora de alcance para quase todos, exceto uma pequena fração da população – TVs de alta definição, carros esportivos, viagens exóticas para o Caribe –, e mesmo assim experimentam sofrimento psicológico excruciante. Todas as manhãs um empresário de sucesso chega ao seu escritório, fecha a porta e silenciosamente abre a última gaveta da escrivaninha em busca de uma garrafa de gim escondida. Todos os dias um ser humano que tem todas as vantagens possíveis e imagináveis pega uma arma, carrega com uma bala, gira o tambor e aperta o gatilho.

Os psicoterapeutas e os pesquisadores do campo aplicado estão familiarizados com as sombrias estatísticas que documentam essas realidades. As estatísticas americanas, por exemplo, mostram que as taxas de prevalência de transtornos mentais ao longo da vida estão atualmente beirando os 50%, embora ainda mais pessoas apresentem sofrimento

emocional devido a problemas no trabalho, nos relacionamentos, com os filhos e com as transições naturais que a vida apresenta a todos nós (Kessler et al., 2005). Em âmbito nacional, existem aproximadamente 20 milhões de alcoolistas (Grant et al., 2004); dezenas de milhares de pessoas cometem suicídio a cada ano, e inúmeras outras tentam, mas falham (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Estatísticas como essas se aplicam não só àqueles que foram massacrados ao longo de décadas na vida, mas igualmente a adolescentes e jovens adultos. Quase metade da população em idade universitária satisfazia os critérios para pelo menos um diagnóstico relacionado ao *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) recentemente (Blanco et al., 2008).

Se quiséssemos recorrer aos números para documentar a universalidade do sofrimento humano no mundo desenvolvido, poderíamos fazer isso quase indefinidamente. Terapeutas e pesquisadores com frequência mencionam tais estatísticas em inúmeras áreas-problema quando discutem a necessidade de mais clínicos, de mais financiamento para programas de saúde mental ou maior apoio à pesquisa psicológica. Ao mesmo tempo, profissionais e também o público leigo parecem não perceber a mensagem maior que essas estatísticas comunicam quando tomadas no seu conjunto. Se somarmos todos aqueles humanos que

estão ou já estiveram deprimidos, dependendo de substâncias, ansiosos, irritados, autodestrutivos, alienados, preocupados, compulsivos, trabalhando em excesso, inseguros, terrivelmente tímidos, divorciados, evitando intimidade e estressados, somos levados a chegar a uma conclusão alarmante, ou seja, a de que o sofrimento psicológico é uma característica básica da vida humana.

Os seres humanos também infligem sofrimento uns aos outros continuamente. Pense em como é fácil coisificar e desumanizar os outros. A comunidade mundial está literalmente atordoada e cambaleante sob o peso da coisificação, com seus respectivos custos humanos e econômicos. Somos lembrados desse triste fato cada vez que temos de nos despir parcialmente para entrar em um avião ou colocar nossos pertences em uma esteira rolante para podermos entrar em um prédio do governo. As mulheres recebem quase um quarto a menos de remuneração do que os homens quando executam o mesmo trabalho. Minorias étnicas frequentemente encontram dificuldades para pegar um táxi nas grandes cidades. Arranha-céus são atacados por terroristas em aviões como um símbolo do que é odiado; em retaliação, bombas são jogadas do alto porque aqueles que são considerados maus podem estar vivendo lá embaixo. As pessoas não apenas sofrem; elas infligem sofrimento na forma de preconceito, discriminação e estigma de forma tal que isso parece tão natural quanto respirar.

Nossos modelos subjacentes mais populares de saúde e patologia psicológica praticamente não abordam o sofrimento humano e sua imposição aos outros como problemas humanos gerais. As ciências comportamentais e médicas ocidentais parecem ter uma miopia bem desenvolvida para verdades que não se encaixam perfeitamente em seus paradigmas adotados. Apesar das evidências esmagadoras em contrário, nós também rapidamente conceituamos o sofrimento humano por meio de rótulos diagnósticos como se ele fosse um produto de desvios da norma biomédica. Preferi-

mos ver a coisificação e a desumanização em termos éticos ou políticos – como se preconceito e estigma fossem estritamente atributos dos ignorantes ou imorais entre nós, e não dos leitores e escritores de livros como este. Há um “elefante na sala” que ninguém parece admitir. É difícil termos compaixão por nós mesmos e pelos outros. É difícil ser um ser humano.

NORMALIDADE SAUDÁVEL: O PRESSUPOSTO SUBJACENTE DO MAINSTREAM PSICOLÓGICO

A comunidade da saúde mental tem testemunhado e gerado a “biomedicalização” da vida humana. A civilização ocidental praticamente cultua a ausência de sofrimento físico ou mental. As maravilhas da medicina moderna “conqueram as pessoas de que a cura era a causa da saúde” (Farley & Cohen, 2005, p. 33) – não somente a saúde física, mas todas as suas formas. Pensamentos, sentimentos, lembranças ou sensações físicas penosas passaram a ser encarados predominantemente como “sintomas”. Considera-se que ter determinado tipo e número deles significa que você tem algum tipo de anormalidade ou mesmo algum tipo de doença. Os rótulos com frequência mascaram o papel significativo que o comportamento e o ambiente social desempenham na determinação da saúde física e mental das pessoas. Pessoas que costumavam ter desconforto desencadeado por ingerirem refeições pesadas associadas a alimentos gordurosos hoje simplesmente têm distúrbios que requerem que tomem um comprimido lilás. A falta de sono que deriva das escolhas comportamentais não saudáveis que as pessoas fazem em uma sociedade alerta 24 horas por dia, 7 dias da semana, é tratada como um transtorno que pode ser temporariamente atenuado por equipamento de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) ou por uma das novas medicações para

o sono que, juntos, produzem vendas equivalentes a muitos bilhões de dólares. A mensagem de que problemas psicológicos devem em geral ser tratados de forma muito semelhante à que trataríamos uma doença médica se estende até mesmo ao fornecimento de água da sociedade ocidental contemporânea – na medida em que existem quantidades consideráveis de antidepressivos em nossos rios e até nos peixes que comemos (Shultz et al., 2010)! Mesmo quando são prescritas adequadamente, tais medicações causam um impacto clinicamente significativo superior ao placebo somente nos casos mais extremos (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008), os quais são muito poucos para chegar a afetar o abastecimento de água, caso as drogas fossem prescritas unicamente com base no mérito científico.

A ideia de que o sofrimento é mais bem descrito em termos de uma normalidade bio-neuroquímica tem outro lado atraente em sua superfície, isto é, que saúde e felicidade são os estados de homeostase natural da existência humana. Esse *pressuposto da normalidade saudável* se encontra no cerne das abordagens médicas tradicionais da saúde física. Se levarmos em conta o sucesso relativo da medicina física, não causa surpresa que a comunidade de saúde comportamental e mental também tenha adotado esse pressuposto. A concepção tradicional de saúde física é simplesmente ausência de doença. Considera-se que, deixado por sua conta, o corpo está propenso a ser saudável, mas que a saúde física pode ser perturbada por infecções, lesões, toxicidade, pelo declínio na capacidade física ou por desequilíbrios nos processos físicos. Igualmente, pressupõe-se que os seres humanos são inerentemente felizes, estão conectados com os outros, são altruístas e estão em paz consigo mesmos – mas que esse estado típico de saúde mental pode ser perturbado por determinadas emoções, pensamentos, lembranças, eventos históricos ou estados do cérebro.

Um corolário para o pressuposto da normalidade saudável é o de que *processos anor-*

mais se encontram na raiz dos transtornos mentais e físicos. Esses pressupostos florescem e se transformam em pensamento e diagnóstico sindrômico. A identificação de síndromes – conjuntos de sinais (coisas que o observador pode ver) e sintomas (coisas das quais a pessoa se queixa) – é o primeiro passo habitual na identificação de uma doença. Doenças são entidades funcionais, ou seja, são distúrbios da saúde com uma etiologia conhecida, curso e resposta ao tratamento. Depois que as síndromes são identificadas, inicia-se a busca para encontrar os processos anormais que são considerados a origem desse grupo particular de resultados e para encontrar maneiras de alterar esses processos a fim de modificar os resultados indesejáveis.

Esses pressupostos e as estratégias diagnósticas que eles geram são, de modo geral, sensíveis dentro da área da saúde física, embora mesmo ali tenham limitações notáveis. Afinal de contas, saúde não é *meramente* a ausência de doença (Organização Mundial da Saúde, 1947), e sintomas médicos como febre, tosse, diarreia ou vômitos têm funções adaptativas que podem ser negligenciadas quando o foco é voltado unicamente para os sintomas, e não para suas possíveis funções (Trevathan, McKenna, & Smith, 2007). Ainda assim, dentro de limites amplos, o pressuposto da normalidade saudável funciona na medida em que a estrutura do corpo humano parece estar projetada para oferecer um grau razoável de saúde física como resultado natural da evolução biológica. Se determinados humanos não têm os genes adequados para uma saúde física suficiente para assegurar o sucesso reprodutivo, com o tempo a evolução geralmente elimina esses genes ou sua expressão. Sinais e sintomas físicos com frequência têm sido úteis como guias para a identificação de doença. A seleção natural, de modo geral, garante que o desenvolvimento estrutural de um organismo sirva às suas funções de autopreservação e reprodutivas. Portanto, desvios na estrutura costumam indicar anomalia e com

frequência são úteis na identificação de doenças específicas. Por exemplo, no começo da epidemia de HIV/aids, formas extremamente raras de câncer levaram os pesquisadores a focar em um subgrupo particular de pessoas, o que, por sua vez, simplificou a descoberta do vírus. A seleção natural, de forma isolada, não garante uma conexão tão próxima entre a forma e a função do comportamento, e a estratégia diagnóstica biomédica corre o risco de ultrapassar os limites quando aplicada ao sofrimento psicológico.

O MITO DA DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Nossa abordagem atual do sofrimento psicológico está baseada na ideia de que o exame das características topográficas (i.e., sinais, sintomas e agrupamentos destes) leva a entidades patológicas verdadeiramente funcionais que abarcam *por que* essas características surgem e *como melhor* alterá-las. O campo da psicopatologia foi dominado completamente por esses pressupostos e pelas estratégias analíticas resultantes. Poucos psicólogos e psiquiatras pesquisadores parecem ser capazes de evitar adotá-los. Seja como for, as doenças psiquiátricas são, na verdade, mais mito do que realidade.

Dada a extraordinária atenção direcionada para o modelo da anormalidade dentro da psicologia e da psiquiatria, é de causar surpresa observar que não foi feito praticamente nenhum progresso no estabelecimento das síndromes de saúde mental como entidades patológicas legítimas (Kupfer, First, & Regier, 2002). Depois de relatar o desgastado e antiquado exemplo de parestesia geral, não há praticamente nenhuma outra história de sucesso para contar. De forma lamentável, essa ausência de sucesso não impede que os cientistas continuem insistindo que essas síndromes psicológicas em breve irão representar entidades patológicas distintas. Neste momento, estamos progredindo – como mostra

a história – e estamos prestes a encontrar o gene, o neurotransmissor ou o neuromodulador responsável pela etiologia da doença psiquiátrica. Com o passar das décadas, aqueles com melhor memória deverão constatar a legitimidade de seu ceticismo original. Uma rápida consulta à listagem de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS) vai desmascarar a história, mostrando a miragem que ela é. Nenhuma das síndromes mais comuns de saúde mental conseguiu satisfazer nem mesmo os critérios mais básicos para ser legitimamente considerada como um estado patológico – mesmo transtornos graves como as esquizofrenias ou os transtornos bipolares.

Cada nova edição do DSM até o momento contém uma abundância de “novas” condições, subcondições e dimensões da patologia mental. A versão preliminar do DSM-5 deixa claro que essa tendência expansionista ainda perdura. Uma parte crescente da população humana continuará a ser inserida no âmbito da nosologia psiquiátrica dominante. O expansionismo diagnóstico seria aceitável se aumentasse a eficácia global do nosso sistema de saúde mental – *mas isso não acontece*. Em vez disso, confrontamo-nos com uma Torre de Babel clássica, na qual novas dimensões, conceitos e listas de sintomas são aglutinados formando uma nosologia com funcionamento deficiente para disfarçar as falhas do empreendimento em geral (veja Frances, 2010).

São inúmeras as deficiências no sistema diagnóstico atual, e abordaremos aqui apenas algumas delas. As taxas de “comorbidade” entre os transtornos são tão altas que desafiam a integridade da definição básica de todo o sistema. Por exemplo, os transtornos depressivos maiores têm taxas de comorbidade que se aproximam de 80% (Kessler et al., 2005). Tais taxas espantosamente altas representam mais um sistema diagnóstico deficiente do que a caracterização de uma verdadeira “comorbidade”. Além do mais, a utilidade do tratamento (Hayes, Nelson, & Jarret, 1987) dessas categorias é extremamente baixa, uma vez que os

mesmos tratamentos funcionam com muitas síndromes (Kupfer et al., 2002). Essa observação compromete o propósito funcional principal do diagnóstico, isto é, o aumento da eficácia das decisões de tratamento. O sistema descarta formas importantes de sofrimento psicológico (problemas de relacionamento, crises existenciais, dependências comportamentais, etc.), e até mesmo seus defensores concordam que algumas vezes ele parece patologizar processos normais na vida, como luto, medo ou tristeza (Kupfer et al., 2002).

Em contextos do sistema de saúde mental pré-pago (em que “diagnosticar” para receber a cobertura do seguro não é mais necessário), a grande maioria dos clientes que recebem tratamento psicológico não tem nenhuma condição diagnosticável (Strosahl, 1994). Mesmo que os clientes recebam um rótulo como “transtorno de pânico com agorafobia” ou “transtorno obsessivo-compulsivo”, ainda assim a terapia terá que abordar outros problemas, como emprego, filhos, relacionamentos, identidade sexual, carreira, raiva, tristeza, problemas com álcool ou o sentido da vida. Tragicamente, à medida que a visão do sofrimento humano do DSM tem-se expandido pelo mundo e tem cada vez mais patologizado as dificuldades humanas normais, a capacidade das culturas não ocidentais de lidar com o sofrimento de uma maneira que mantenha o funcionamento comportamental e social decaiu, em vez melhorar (Watters, 2010).

Um foco na síndrome nos levou a desenvolver abordagens de tratamento que enfatizam excessivamente a redução dos sintomas e minimizam os marcadores funcionais e positivos de saúde mental. Com frequência, os efeitos generalizados da psicoterapia no *status* funcional e na qualidade de vida são pequenos, e os efeitos mais marcantes tendem a ser observados com medidas da gravidade dos sintomas. As reduções na frequência e na gravidade dos sintomas estão apenas moderadamente relacionadas à melhora no funcionamento social ou a medidas mais amplas da

qualidade de vida. No entanto, os estudantes de psicopatologia são devidamente treinados para conhecer praticamente todas as características de praticamente todas as categorias de síndromes. Periódicos de pesquisa em psicologia e psiquiatria clínica contêm muito pouco além de pesquisas sobre as síndromes; na maioria dos países que financiam a ciência da saúde mental, o custeio é quase inteiramente dedicado ao estudo dessas síndromes.

O problema não é apenas o foco no pensamento sindrômico. A psicologia positiva, por exemplo, redireciona nosso foco por meio do estudo dos pontos fortes e das virtudes que possibilitam que as comunidades e os indivíduos prosperem. Assim, isso repercute de muitas formas com a abordagem que desenvolvemos e defendemos neste livro. A psicologia positiva, no entanto, não poderá resolver integralmente as dificuldades profundas inerentes ao sistema atual até que explore os processos dimensionais centrais que criam os padrões do sofrimento humano que vemos bem à frente dos nossos olhos. Ou seja, precisamos de uma *explicação*.

O sistema clínico tem abordado a área de saúde mental especificamente, e o sofrimento humano em geral, usando o pressuposto da normalidade saudável; em consequência, ele encara os estados mentais de sofrimento como sinais de transtorno e de doença. Se essa estratégia tivesse conduzido a formas muito mais efetivas de psicoterapia, haveria poucas razões para fazermos alguma objeção. “Sim”, poderíamos então dizer, “o sofrimento humano é universal, mas precisamos deixar isso para o padre, o pastor ou o rabino. Nosso trabalho é tratar e prevenir as síndromes clínicas. Afinal de contas, isso é o que os nossos clientes querem. E nós fazemos isso muito bem, na verdade”.

Mas não podemos fazer essa afirmação. Embora o campo tenha desenvolvido tratamentos razoavelmente efetivos para os “transtornos mentais” mais comuns, os tamanhos dos seus efeitos são modestos, e na maioria das áreas há anos não ocorre aumento apreciável nos tamanhos dos efeitos. A revolução

da assistência baseada em evidências tem revelado esse problema repetidamente, mas poucos integrantes da comunidade científica parecem estar prestando atenção. Enquanto as verbas continuarem a ser transferidas para as universidades ou os institutos de pesquisa, todos estarão satisfeitos. Enquanto as revistas científicas focarem com tanta determinação no modelo de doença, ninguém vai perceber.

A maioria dos clínicos experientes irá prontamente expressar seu profundo ceticismo acerca do sistema diagnóstico atual e a sua opinião de que a ênfase em tratamentos baseados nos transtornos é insuficiente em alguns aspectos muito importantes. Os profissionais, de modo geral, percebem a discrepância entre o que foi prometido e o que foi realizado. Os clínicos frequentemente sugerem que a visão acadêmica está muito mais preocupada com a forma dos problemas de saúde mental e insuficientemente interessada nas funções que esses comportamentos têm na vida do cliente. Outros críticos apontam a aparente desconexão entre o tratamento clínico de um transtorno particular e as influências sociais, culturais e contextuais que conferem significado aos sintomas.

Até mesmo os pais da nosologia psiquiátrica estão começando a questionar a abordagem sindrômica. Quando fazemos palestras sobre os problemas inerentes à abordagem sindrômica, algumas vezes omitimos a procedência das citações que apresentaremos a seguir e então pedimos que a plateia dê um palpite sobre a fonte. Em geral, alguém na plateia imediatamente grita “Você!”, mas isso está incorreto. As considerações a seguir são extraídas do relatório do comitê de planejamento da Associação Americana de Psiquiatria para a quinta versão do DSM (Kupfer et al., 2002) – a mesma organização (atuando na mesma tradição) que construiu a Torre de Babel em que estamos vivendo. O relatório dificilmente poderia ser mais condenatório. Acrescentamos itálico para destacar algumas das confissões mais perturbadoras:

O objetivo de validar essas síndromes e de descobrir as etiologias comuns permanece difícil de definir. Apesar dos muitos candidatos propostos, *nenhum* marcador laboratorial provou ser específico na identificação de *qualquer* síndrome definida pelo DSM. (p. xviii)

Estudos epidemiológicos e clínicos apresentaram taxas extremamente altas de comorbidades entre os transtornos, comprometendo a hipótese de que as síndromes representam etiologias distintas. Além disso, estudos epidemiológicos mostraram alto grau de instabilidade no diagnóstico de curto prazo para muitos transtornos. No que diz respeito ao tratamento, a falta de especificidade é a regra, e não a exceção. (p. xviii)

Muitas, se não a maioria, das condições e sintomas representam um excesso patológico arbitrariamente definido de comportamentos normais e processos cognitivos. Esse problema levou à crítica de que o sistema patologiza experiências comuns da condição humana. (p. 2)

A adoção *servil*, por parte dos pesquisadores, das definições do DSM-IV pode ter *atrapalhado* a pesquisa sobre a etiologia dos transtornos mentais. (p. xix)

A reificação das entidades do DSM-IV, a ponto de serem consideradas equivalentes a doenças, *mais provavelmente irá obscurecer do que elucidar os resultados das pesquisas*. (p. xix)

Todas essas limitações no paradigma diagnóstico atual sugerem que pesquisas exclusivamente focadas no refinamento das síndromes definidas pelo DSM podem *nunca* ter sucesso em descobrir suas etiologias subjacentes. Para que isso aconteça, será necessário que ocorra uma mudança para um paradigma ainda desconhecido. (p. xix)

Apesar da honestidade do relatório do grupo de trabalho, o lançamento da versão do DSM-5 mostra claramente que aqueles que controlam

nossa nosologia psiquiátrica ainda não resolveram esses problemas (Frances, 2010).

O grupo de trabalho estava correto em sua percepção de que se faz necessária uma abordagem verdadeiramente nova. Este livro aborda como promover uma mudança de paradigma necessária – em nossos clientes, em nossa área e em nós mesmos. Essa mudança é em parte presuntiva, comportamental e experimental, mas é também intelectual. O campo necessita de um modelo transdiagnóstico unificado que esteja ligado a um esforço científico mais amplo de criar uma psicologia mais útil e integrada (veja também Barlow, Allen, & Choate, 2004).

A PERSPECTIVA DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A abordagem descrita neste livro é denominada terapia de aceitação e compromisso, ou ACT (do inglês *acceptance and commitment therapy*). ACT é sempre pronunciada como uma palavra (em inglês, “agir”), e não como letras individuais, talvez porque A-C-T soe mais como E-C-T (em inglês, sigla para eletroconvulsoterapia), o que não é uma associação favorável,¹ e mais positivamente porque o termo nos faz lembrar que essa abordagem encoraja o envolvimento ativo na vida.

Segundo uma perspectiva da ACT, o sofrimento humano emerge predominantemente de processos psicológicos normais, sobretudo aqueles que envolvem a linguagem humana.

¹ A maioria dos profissionais que atuam na área da psicoterapia usa acrônimos para identificar abordagens de tratamento. Assim, não utilizar iniciais tem um benefício colateral imediato na medida em que aqueles que explicam os pontos fortes e fracos da “A-Cê-Tê” são imediatamente expostos como se não tivessem feito nenhum treinamento sério ou leitura em ACT. Os leitores agora saberão encarar com uma dose de ceticismo o que esses observadores dizem.

Mesmo quando está presente uma disfunção fisiológica (como no diabetes ou na epilepsia, por exemplo), a máxima de que “O bom médico trata a doença; o ótimo médico trata o paciente que tem a doença” é uma doutrina sólida.

A observação anterior não significa que não existam processos anormais. Eles evidentemente existem. Se uma pessoa sofre uma lesão cerebral e se comporta estranhamente em consequência disso, esse comportamento não é atribuído unicamente a processos psicológicos normais (muito embora esses processos ainda possam ser relevantes ao se lidar com as consequências do dano cerebral).

A mesma observação pode algum dia se mostrar verdadeira para esquizofrenia, autismo, transtorno bipolar, etc., embora as reais evidências para uma etiologia orgânica simples nessas áreas sejam muito limitadas, conforme demonstrado pela ausência de marcadores biológicos específicos e sensíveis para essas condições (veja a primeira “confissão perturbadora” de Kupfer et al., 2002, anteriormente). No entanto, mesmo com tais doenças mentais graves, o modelo subjacente à ACT sustenta que os processos comuns incorporados na linguagem e no pensamento autorreflexivos podem na verdade *umentar* as dificuldades centrais associadas a tais condições (para evidências mais detalhadas sobre esse ponto, veja o Capítulo 13). Independentemente de quantas vezes uma pessoa escuta ou quantos ataques de pânico ela experimenta, esse indivíduo é um ser humano que pensa, sente e recorda. A forma como uma pessoa responde a, digamos, uma alucinação pode ser mais crítica para o funcionamento sadio do que a alucinação em si, e, segundo uma perspectiva da ACT, essa resposta é predominantemente determinada por processos psicológicos normais.

O exemplo do suicídio

Não existe um exemplo mais dramático do grau em que o sofrimento faz parte da condição humana do que o suicídio. A morte por

uma escolha deliberada é evidentemente o desfecho menos desejável que podemos imaginar na vida; no entanto, uma proporção surpreendentemente considerável da humanidade em algum momento na vida considera se matar, e um número alarmantemente grande desses indivíduos realmente tenta colocar esse ato em prática.

Suicídio é o ato consciente, deliberado e intencional de tirar a própria vida. Dois fatos são claramente evidentes em relação ao suicídio: (1) ele é universal nas sociedades humanas e (2) provavelmente está ausente entre todos os outros organismos vivos. As teorias existentes do suicídio têm dificuldade para explicar esses dois fatos de forma lógica. Há relatos de suicídio em todas as sociedades humanas, tanto atualmente quanto no passado. Cerca de 11,5 por 100 mil pessoas nos Estados Unidos cometem suicídio a cada ano (Xu, Kochanek, Murphy, & Tejada-Vera, 2010), representando em torno de 35 mil mortes em 2007. Sua ocorrência é praticamente inexistente entre bebês e crianças muito pequenas, mas começa a aparecer durante os primeiros anos escolares. Pensamentos suicidas e tentativas de suicídio são muito comuns na população em geral. Um estudo recente encomendado pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration encontrou uma taxa anual calculada de ideação suicida grave entre aproximadamente 8,3 milhões de indivíduos, com tentativas suicidas anuais entre jovens adultos próximas a 1,2% nessa faixa etária – com níveis mais altos de incidência associados a abuso de substâncias (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). Estudos da incidência ao longo da vida sugerem que cerca de 10% de todas as pessoas em algum momento irão fazer uma tentativa contra suas vidas, e outras 20% irão apresentar ideação suicida e desenvolver um plano e meios para colocá-lo em prática. Assim, aproximadamente metade da população total irá experimentar níveis moderados a severos de suicidalidade em suas vidas

(Chiles & Strosahl, 2004). Essa é uma cifra assustadoramente alta para explicar se devemos ver a suicidalidade como “anormal”.

Também relevante para nossa discussão é o fato de que o suicídio é totalmente ausente entre não humanos. Com o tempo, várias exceções alegadas foram observadas em relação a essa generalização, mas, ao exame, elas se revelaram falsas. Lemingues noruegueses são talvez o exemplo mais clássico. Quando a densidade de sua população atinge um ponto que não pode ser mantido, o grupo inteiro se engaja em um padrão confuso de corrida que leva à morte de muitos deles – geralmente por afogamento. Porém, suicidalidade implica não meramente a morte, mas também atividades individuais que levam o indivíduo à morte pessoal como uma consequência deliberada dessa atividade. Quando um lemingue cai na água, ele tenta escalar, e quando tem sucesso ele permanece fora d’água, mas há inúmeros casos documentados de uma pessoa saltando de uma ponte, sobrevivendo e, então, imediatamente saltando da mesma ponte outra vez.

Nos humanos, a autoeliminação pode servir a uma variedade de propósitos, mas seus propósitos declarados geralmente se originam do léxico diário da emoção, da memória e do pensamento. Por exemplo, quando bilhetes suicidas são examinados, eles tendem a ter mensagens que enfatizam a pesada carga de viver e a conceitualização de um futuro estado de existência (ou não existência) em que essas cargas serão retiradas (Joiner et al., 2002). Embora os bilhetes suicidas com frequência expressem amor por outras pessoas e um sentimento de vergonha pelo ato, também costumam expressar que a vida é penosa demais para ser suportada (Foster, 2003). As emoções e os estados mentais mais comuns associados ao suicídio incluem culpa, ansiedade, solidão e tristeza (Baumeister, 1990).

O fenômeno do suicídio demonstra os limites e as falhas da perspectiva do sofrimento humano com base na síndrome. Suicídio não é uma síndrome, e muitas pessoas que acabam

com a própria vida não podem ser simplesmente classificadas com um rótulo sindrômico bem definido (Chiles & Strosahl, 2004). Se a forma de atividade mais dramaticamente “nóvica” que existe está presente em certa medida nas vidas da maioria dos humanos, mas não entre outros seres sencientes, somos levados a uma conclusão óbvia: a de que deve haver algo peculiar na condição de ser humano que faz com que seja assim. Mais precisamente, deve haver um processo em funcionamento que leva tão prontamente a tamanho sofrimento psicológico – um processo que é unicamente característico da psicologia humana. A estratégia de pesquisa que apoia a psicopatologia contemporânea não irá necessariamente detectar esse processo porque ela não está especificamente focada nos detalhes mundanos cotidianos das ações humanas. Mesmo que atribuíssemos a quase todas as pessoas um ou mais rótulo diagnóstico, nenhum progresso no estudo da psicopatologia diminuiria nossa obrigação de abordar e explicar melhor a universalidade do sofrimento humano. Todos os seres humanos têm suas dores – só que uns mais do que outros. Com efeito, é normal ser “anormal”.

Normalidade destrutiva

A universalidade do sofrimento por si só sugere que ele se origina dentro de processos que se desenvolveram para promover a adaptabilidade do organismo humano. Essa observação é a ideia central por trás do *pressuposto da normalidade destrutiva*, a ideia de que processos psicológicos humanos comuns e até mesmo úteis podem conduzir a resultados destrutivos e disfuncionais, amplificando ou exacerbando quaisquer condições fisiológicas e psicológicas anormais que possam existir.

Quando a ACT estava sendo desenvolvida durante a década de 1980, ela foi projetada como uma abordagem transdiagnóstica de tratamento baseada nos processos centrais comuns que acreditávamos que explicavam o

sofrimento psicológico humano. Começamos com algumas perguntas relativamente simples e diretas:

Como é possível que pessoas inteligentes, sensíveis e atenciosas que têm tudo o que necessitam para sobreviver e prosperar na vida precisem suportar tal sofrimento?

Existem processos humanos universais que de alguma maneira estejam ligados ao sofrimento generalizado?

Podemos desenvolver uma compreensão teórica sólida de como o sofrimento se desenvolve e então aplicar intervenções psicológicas para neutralizar ou reverter os processos centrais responsáveis?

Uma pista importante para que possamos encontrar respostas significativas a essas perguntas desafiadoras exigiu apenas que nos olhássemos no espelho. Envolto pelo escudo protetor redondo da cabeça encontrava-se um órgão com um lado positivo extremamente brilhante e uma contrapartida igualmente perturbadora.

É humilhante observar que esta ideia – a de que processos psicológicos normais e necessários funcionam de forma muito semelhante a uma faca de dois gumes – é básica para muitas tradições religiosas e culturais, porém é muito menos valorizada na psicologia e em outras ciências comportamentais. A tradição judaico-cristã (e, na verdade, a maioria das tradições religiosas, tanto ocidentais quanto orientais) adota a ideia de que o sofrimento humano faz parte do normal estado das coisas na vida. É importante examinar essa tradição religiosa como um exemplo concreto do quanto a euforia por síndromes médicas nos afastou de nossas raízes culturais nessas questões. O Gênesis, o princípio de todas as coisas, parece ser um lugar apropriado por onde começar nossa análise da linguagem humana e do sofrimento humano.

As origens do sofrimento segundo a tradição judaico-cristã

A Bíblia é muito clara em relação à fonte original do sofrimento humano. Na história do Gênesis, “E disse Deus: ‘Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança’” (Gen. 1:26 [Nova Versão Internacional]), Adão e Eva foram colocados em um jardim idílico. Os primeiros humanos eram inocentes e felizes: “O homem e sua mulher estavam nus e não sentiam vergonha” (Gen. 2:25). Eles recebem apenas uma ordem: “Não comerás da árvore do conhecimento do bem e do mal, porque no dia em que dela comeres, certamente morrerás” (Gen. 2:17). A serpente diz a Eva que ela não morrerá se comer daquela árvore, mas que “Deus sabe que quando dela comeres teus olhos se abrirão e serás como Deus, conhecendo o bem e o mal” (Gen. 3:5). Acontece que a serpente estava correta até certo ponto, porque quando a fruta é comida “Os olhos dos dois se abriram e eles perceberam que estavam nus” (Gen. 3:7).

Esta é uma história poderosa e muito instrutiva. Quando questionadas se é bom conhecer a diferença entre o bem e o mal, a maioria das pessoas religiosas certamente diria que ter tal conhecimento representa o próprio epítome do comportamento moral. Pode ser que sim, porém a história do Gênesis sugere que ter esse tipo de conhecimento avaliativo também representa o epítome de mais alguma coisa, isto é, a perda da inocência humana e o início do sofrimento humano.

Na história bíblica, os efeitos do conhecimento avaliativo são imediatos e diretos. Os efeitos negativos adicionais da punição de Deus vêm posteriormente. Adão e Eva já estavam sofrendo antes que Deus descobrisse sua desobediência. Quando Adão e Eva descobriram que estavam nus, eles imediatamente “cozeram folhas de figueira e fizeram cintas para si” (Gen. 3:7 [Nova Versão Internacional]) e “esconderam-se da presença do Senhor Deus entre as árvores do jardim. E chamou o Senhor Deus a Adão: ‘Onde estás?’ Ele respondeu:

‘Ouvi a tua voz soar no jardim e temi porque estava nu; e me escondi’. E disse Deus: ‘Quem lhe disse que você estava nu? Por acaso você comeu do fruto da árvore?’” (Gen. 3:8-11). O que acontece em seguida é igualmente significativo. Adão culpa Eva por convencê-lo a comer do fruto da árvore, e Eva culpa do demônio.

Há algo de muito triste em relação a essa narrativa descrevendo o primeiro caso de vergonha e culpa humanas. Ela aborda algo muito profundo dentro de nós relacionado à nossa própria perda da inocência. Os humanos comeram o fruto da Árvore da Sabedoria: somos capazes de classificar, avaliar e julgar. Como conta a história, nossos olhos se abriram – porém a um custo terrível! Somos capazes de julgar a nós mesmos e nos percebemos desejosos; podemos imaginar ideais e achar o presente inaceitável por comparação; podemos reconstruir o passado; somos capazes de vislumbrar futuros que ainda não são evidentes e, então, podemos nos preocupar com a morte por atingi-los; podemos sofrer com o conhecimento certo de que nós e nossos entes queridos iremos morrer.

Cada nova vida humana reconstitui essa antiga história. As crianças pequenas são a própria essência da inocência humana. Elas correm, brincam, sentem – e, como no Gênesis, quando estão nuas não sentem vergonha. As crianças constituem um modelo para o pressuposto da normalidade saudável, e sua inocência e vitalidade fazem parte do motivo pelo qual o pressuposto parece tão obviamente verdadeiro. Porém, essa visão começa a se dissipar à medida que as crianças adquirem a linguagem e se tornam cada vez mais semelhantes às criaturas adultas que elas veem refletidas todos os dias em seus espelhos. Os adultos inevitavelmente arrastam seus filhos para fora do Jardim com cada palavra, conversa ou história que contam a elas. Ensina-mos as crianças a falar, pensar, comparar, planejar e analisar. E, quando fazemos isso, sua inocência se desfaz como as pétalas de uma flor, para ser substituída pelos espinhos e os galhos rígidos do medo, da autocrítica e do fingimento. Não

podemos impedir essa transformação gradual, nem somos capazes de suavizá-la completamente. Nossos filhos precisam ingressar no mundo aterrador do conhecimento verbal. Eles precisam passar a ser como nós.

As grandes religiões do mundo foram algumas das primeiras tentativas organizadas de resolver o problema do sofrimento humano. Isso quer dizer que todas as grandes religiões têm um lado místico e que todas as tradições místicas compartilham uma característica definidora: todas elas reúnem práticas que são orientadas para a redução ou a transformação do domínio da linguagem analítica sobre a experiência direta. A diversidade de métodos é impressionante. O silêncio é observado por horas, dias, semanas; charadas verbais insolúveis são contempladas; a própria respiração é monitorada durante dias de cada vez; mantras são repetidos interminavelmente; cânticos são repetidos por horas a fio; e assim por diante. Até mesmo os aspectos não místicos das grandes tradições religiosas – que se baseiam na linguagem literal e analítica – com frequência focam em atos que não são puramente analíticos. A teologia judaico-cristã, por exemplo, requer que tenhamos fé em Deus (a raiz de *fé* provém do latim *fides*, que significa algo mais próximo de fidelidade do que de crença lógica e analítica). O budismo foca nos custos do apego. Diferentes religiões variam os detalhes da narrativa, mas os temas em geral são os mesmos. Em sua tentativa de busca do conhecimento, os humanos perderam sua inocência, e o sofrimento é um resultado natural disso. Apesar dos excessos a que a religião muitas vezes está propensa, há uma grande sabedoria nessa perspectiva. Para se ter uma ideia, a tradição relativamente recente da psicoterapia apenas agora está se aproximando disso.

Os efeitos positivos e negativos da linguagem humana

A essência da abordagem da ACT está baseada na ideia de que a linguagem humana dá origem

tanto às realizações humanas quanto ao sofrimento humano. Por “linguagem humana” não nos referimos à mera vocalização humana, nem ao inglês como oposto ao idioma francês. Da mesma forma, não estamos nos referindo meramente à sinalização social, como quando nosso cachorro late pedindo comida ou quando um esquilo emite um grito de alerta. Em vez disso, referimo-nos à atividade simbólica em qualquer forma que ela ocorra – seja por meio de gestos, figuras, formas escritas, sons ou o que quer que seja.

Embora pareça haver ampla concordância de que os primeiros humanos eram capazes de utilizar símbolos (baseados em suas práticas funerárias, por exemplo), o uso sofisticado dessas habilidades é espantosamente recente. Os primeiros registros permanentes e inquestionáveis de atividade simbólica humana sofisticada parecem ser os desenhos rupestres de apenas 10 mil anos atrás. As primeiras evidências de linguagem escrita como a conhecemos têm cerca de 5.100 anos de idade. O alfabeto foi inventado apenas há 3.500 anos. Mesmo dentro do registro escrito formal dos assuntos humanos, existe uma clara progressão das habilidades verbais. Apenas há alguns milhares de anos, as pessoas comuns devem ter experimentado autoverbalizações como declarações dos deuses ou de outras entidades invisíveis (Jaynes, 1976), e nas primeiras histórias escritas “pensar por conta própria” era visto como perigoso (p. ex., veja a análise de Jayne [1976] de *Iliada* e *A Odisseia*). Hoje em dia, os adultos normais manipulam uma variedade de estímulos simbólicos (tanto abertamente quanto de forma relativamente velada) da manhã à noite enquanto simultaneamente atuam no mundo.

O progresso da humanidade pode ser relacionado diretamente a esses mesmos marcos verbais. O desenvolvimento das grandes civilizações foi impulsionado pela linguagem escrita, e as grandes religiões pelo mundo se desenvolveram não muito tempo depois. A enorme expansão da capacidade da espécie humana de alterar seu ambiente imediato por

meio da tecnologia começou com a ascensão gradual da ciência e vem crescendo exponencialmente desde então.

O progresso resultante é surpreendente, superando nossa habilidade de apreciar as múltiplas e várias mudanças. Há aproximadamente 200 anos, a expectativa média da vida humana era de 37 anos; agora se aproxima de 88! Cerca de 100 anos atrás, um agricultor americano conseguia alimentar em média apenas outras quatro pessoas; hoje, são 200! Cinquenta anos atrás, o *Dicionário de Inglês Oxford* pesava 13 quilos e ocupava 1 metro do espaço na prateleira; atualmente, ele cabe em um *pen-drive* de 30 gramas ou pode ser acessado via *web* de praticamente qualquer lugar!

Esse tipo de ladainha “surpreendente” é fácil de descartar porque o impacto das habilidades verbais humanas de hoje é tão grande que é quase incompreensível. Mas não podemos avaliar plenamente o dilema humano se não vemos claramente a natureza e a velocidade do progresso humano. O sofrimento e a coisificação humanos só podem ser entendidos no contexto das realizações humanas porque a origem mais importante de ambos é a mesma – a atividade simbólica humana. Os psicoterapeutas, melhor do que a maioria das pessoas, conhecem o lado obscuro desse progresso.

Pedir que seres humanos individuais questionem a natureza e o papel da linguagem em suas próprias vidas é equivalente a pedir que um carpinteiro questione a utilidade de um martelo. A mesma injunção se aplica aos leitores deste livro. Você não pode ser um bom terapeuta de ACT se tomar as palavras como certas, corretas e verdadeiras em vez de perguntar: “Quão eficazes elas são?”. Essa observação se aplica até mesmo às palavras que você está lendo. Martelos não são bons para tudo, e a linguagem também não é boa para tudo. Precisamos aprender a usar a linguagem sem sermos consumidos por ela. Precisamos aprender a manejá-la em vez de ela nos manejar – os clínicos e também os clientes.

O desafio da dor psicológica para criaturas com linguagem

Quando não humanos são expostos a estímulos aversivos, eles reagem de forma previsível. Eles se engajam em imediato comportamento de esquiva, emitem gritos de aflição, são hostis ou colapsam em um estado de imobilização. Essas reações de estresse geralmente têm um tempo limitado e estão associadas à presença de estímulos condicionados ou incondicionados. O comportamento relacionado ao estresse normalmente retornará aos níveis básicos depois que o evento aversivo for removido e a excitação autonômica abrandar.

Os humanos são criaturas muito diferentes, principalmente devido à sua capacidade de se engajar em atividade simbólica. Os humanos podem suportar eventos aversivos; criar semelhanças e diferenças entre os eventos; e formar relações entre eventos históricos e eventos atuais com base nas semelhanças construídas. Podem fazer previsões sobre situações que ainda não foram experimentadas. Podem responder como se um evento aversivo estivesse presente quando ele já foi retirado há décadas. As poderosas funções indiretas da linguagem e da cognição superior criam o potencial para sofrimento psicológico na ausência de pistas ambientais imediatas; no entanto, estas são as habilidades cognitivas mais valorizadas e úteis no avanço humano.

Parece improvável que os primeiros humanos tenham desenvolvido habilidades cognitivas primariamente para ponderar sobre a própria adequação ou para se indagarem para onde estão se dirigindo na vida. A linguagem humana foi selecionada com base em consequências muito mais substanciais da vida e da morte e do controle social. Os humanos são uma das espécies mais cooperativas conhecidas. De fato, cooperação social é provavelmente um contexto necessário para os processos de seleção multinível (dentro e entre os grupos) que originalmente podem ter gerado a cognição humana (Wilson & Wilson, 2007).

As adaptações individuais (dentes grandes ou melhor camuflagem, por exemplo), em geral, são egoisticamente vantajosas, embora adaptações sociais maiores possam ser mais altruístas porque proporcionam vantagens na competição entre os grupos. Cooperação também é uma característica conceitual essencial na evolução da linguagem porque a linguagem simbólica é útil, antes de qualquer coisa, para a comunidade mais ampla (Jablonka & Lamb, 2005). No entanto, embora a cognição humana tenha levado a uma maior capacidade para detectar e afastar as ameaças ao grupo, para coordenar o comportamento do clã e para assegurar que essa propagação ocorra, ela também nos deu ferramentas cognitivas que podem se voltar despercebidamente contra nossos melhores interesses.

No mundo desenvolvido, as pessoas raramente se defrontam com ameaças imediatas à sobrevivência. Elas têm o tempo e o incentivo para pensar sobre qualquer coisa prática: sua história, sua aparência física, seu lugar na vida comparando com onde achavam que estariam, o que outras pessoas pensam sobre elas, etc. A cultura humana do mundo civilizado evoluiu de modo a aproveitar nossas habilidades simbólicas. A linguagem evoluiu para incluir cada vez mais termos que descrevem e avaliam vários estados da mente ou da emoção. À medida que esses termos evoluem, as experiências podem ser classificadas e avaliadas. À medida que os seres humanos cada vez mais olham para dentro de si, a vida começa a parecer mais um problema a ser resolvido do que um processo a ser plenamente experimentado.

Podemos ver essa tendência começar externamente, mas por fim se voltar para dentro na própria estrutura e história de nossas línguas modernas. As primeiras palavras nas línguas humanas quase sempre estão relacionadas a externalidades: leite, carne, mãe, pai, etc. Somente foi possível falar sobre o “mundo interno” muito mais tarde, por meio do desenvolvimento de palavras que funcionassem

como metáforas baseadas em situações externas comuns. Essa progressão é facilmente vista na etimologia das palavras disposicionais (Skinner, 1989). Por exemplo, “querer” alguma coisa provém de uma palavra que significa “faltando”; “pender” provém de uma palavra que significa “inclinarse”. Praticamente todos os termos disposicionais são assim.

Quando aprendemos a nos voltar para o interior, nossas habilidades verbais e cognitivas (nossas “mentes”) começam a nos alertar com alarmes sobre estados psicológicos passados e futuros em vez de apenas alarmes sobre ameaças externas. Casos normais de dor psicológica se tornam o foco de nossa solução de problemas cotidiana – com resultados tóxicos. Esse processo de aplicação de um processo útil a um alvo inapropriado é similar à forma como as alergias envolvem a má aplicação de um processo útil das defesas corporais contra organismos intrusos aos próprios processos corporais. O sofrimento humano envolve predominantemente a má aplicação de processos psicológicos de solução de problemas (que em outros contextos podem ser positivos) a casos normais de dor psicológica. Em outras palavras, nosso sofrimento representa um tipo de reação alérgica ao nosso próprio mundo interno.

Não é possível eliminar o sofrimento eliminando a dor. A existência humana contém desafios inevitáveis. Pessoas que amamos serão feridas, e pessoas próximas a nós morrerão – na verdade, estamos conscientes desde uma tenra idade de que com o tempo todos nós vamos morrer. Nós também ficaremos doentes. As funções vão diminuir. Amigos e amantes vão nos trair. A dor é inevitável, e (devido às nossas inclinações simbólicas) rapidamente nos lembramos dessa dor e podemos trazê-la para a consciência em determinado momento. Essa progressão significa que os seres humanos conscientemente se expõem a quantidades excessivas de dor – apesar das nossas consideráveis habilidades para controlar suas fontes no ambiente externo. Mesmo assim,

uma grande dor não é, por si só, causa suficiente para o verdadeiro sofrimento humano. Para que isso ocorra, o comportamento simbólico precisa ser levado um pouco mais além.

O canto das sereias do sofrimento: fusão e esquiva

No clássico poema grego *A Odisseia*, de Homero, Odisseu e seu bando de guerreiros procuram retornar a seus lares na Grécia após o fim da Guerra de Troia. Eles navegam pelo traiçoeiro Mar Egeu, enfrentando muitos perigos pelo caminho, talvez nenhum mais desafiador do que o encontrado quando passam pela ilha das sereias. As sereias são criaturas adoráveis que ficam escondidas nas rochas ao longo da costa, entoando cantos que prometem o conhecimento do futuro. Os cantos são irresistíveis porque se dirigem ao desejo pelo conhecimento de cada marinheiro, porém aqueles que são arrebatados inevitavelmente encontram seu destino. Alertado previamente por Circe sobre esse perigo iminente, Odisseu ordena que seus homens tapem seus ouvidos com cera de abelha. Entretanto, por desejar ouvir o canto das sereias, ele ordena que seus homens o amarrem ao mastro principal e em nenhuma circunstância o desamarrem até que o barco esteja muito além da costa da ilha. Quando o navio passa pela ilha, Odisseu fica tão encantado com o canto das sereias que implora e apela que seus homens o desamarrem, mas eles se recusam, sabendo que ele irá saltar no mar e morrer.

A história de Odisseu e do canto das sereias fala da relação básica dos humanos com o lado obscuro da sua própria força mental e do seu entrelaçamento com o conhecimento verbal. E, assim como na história do Gênesis, a história alerta quanto ao aspecto ambivalente do conhecimento verbal. Podemos começar a entender o alerta focando em dois processos principais: fusão cognitiva e esquiva experiencial – o “canto das sereias” do sofrimento humano (Strosahl & Robinson, 2008).

Fusão cognitiva

Ocorre sofrimento quando as pessoas acreditam tão fortemente nos conteúdos literais de sua mente que ficam *fusionadas* com suas cognições. Nesse estado de fusão, a pessoa não consegue distinguir entre consciência e narrativas cognitivas, já que cada pensamento e seus referentes estão fortemente ligados. Essa combinação significa que a pessoa tem maior probabilidade de seguir cegamente as instruções que são socialmente transmitidas por meio da linguagem. Em algumas circunstâncias, esse resultado pode ser adaptativo, mas, em outros casos, as pessoas podem se engajar repetidamente em conjuntos de estratégias ineficazes porque para elas parecem ser “certas” ou “justas” apesar das consequências negativas no mundo real. Pessoas que se fundem às próprias cognições provavelmente irão ignorar a experiência direta e se tornar relativamente alheias às influências ambientais. Com muita frequência, as pessoas entram em terapia devido ao desgaste emocional de tais consequências, na esperança de uma redução no desconforto dos sintomas. Mas elas não têm a intenção de mudar sua abordagem básica porque sua abordagem é efetivamente invisível para elas. É como se estivessem aprisionadas pelas regras que se originam em sua própria mente. Essas regras não são organizadas de forma aleatória; pelo contrário, no nível do conteúdo, elas seguem uma diretiva cultural específica sobre saúde pessoal e como melhor atingi-la. No nível do processo, elas estão implicitamente baseadas no pressuposto de que regras verbais e a solução de problemas deliberada são a melhor ou até mesmo a única forma de resolver problemas.

Considere, por exemplo, clientes com distímia, os quais diariamente têm diálogos internos que interferem em sua experiência direta de vida. Na maior parte do tempo, esses processos de pensamento envolvem “verificar” se eles estão “se sentindo bem”. Se o cliente vai a uma reunião social, não vai demorar muito para que comecem a surgir perguntas de autor-

reflexão. Por exemplo, ele pode rapidamente se perguntar: “Bem, como estou me inserindo?”. A busca de pistas ambientais se inicia. O indivíduo faz uma varredura nas pessoas próximas para ver se está sendo feito contato visual, se as pessoas estão olhando para outro lado ou se ele está sendo totalmente ignorado. Depois, são verificados os estímulos auditivos para ver se as pessoas estão dizendo coisas humilhantes ou o ridicularizando. O cliente se engaja em atos adicionais de autorreflexão: “Quão bem estou me relacionando com essas pessoas?”, “Estou realmente sendo eu mesmo?”, “Estou apenas fingindo estar feliz e normal?”, “Eles podem realmente ver que não estou tão feliz quanto finjo estar?”, “Afinal, por que estou fingindo para as pessoas?”, “Achei que eu viria a esta festa para me divertir um pouco e ficar feliz, mas agora me sinto pior do que nunca!”. O ruído interno causado pelo automonitoramento que o cliente faz das causas e dos efeitos emocionais se torna tão crônico que, para ele, é praticamente impossível engajar-se em qualquer atividade sem quase imediatamente destruir seu sentimento de “estar presente” ou ser espontâneo.

Em um estado fusionado, a pessoa com distímia segue a regra de que há uma “forma certa de ser” e de que a “forma certa” é feliz. Atingir a forma certa de se sentir se transforma em um esforço constante – um esforço que muitos clientes compartilham. Para o cliente com transtorno de pânico, o principal esforço é contra a ansiedade, pensamentos de morte, perda do controle ou perda da razão. A fim de manter o controle, o cliente deve estar vigilante para reconhecer os primeiros sinais de que reações indesejáveis estão ocorrendo. Ele precisa examinar as sensações corporais, os processos de pensamento, as predisposições comportamentais e as reações emocionais para sinais de fracasso (ou sucesso) iminente. A solução para a busca por sentir-se da forma certa aparentemente reside em mais vigilância, mais rastreamento do ambiente interno e externo e mais controle. No entanto, o ciclo autoimposto pelo cliente de monitoramento, avaliação, resposta emocional, esforços

de controle e mais automonitoramento não é uma solução para esses transtornos; ao contrário, ele é o próprio transtorno.

Desvincilhar as pessoas das suas mentes é um dos principais objetivos da ACT, mas isso é muito mais fácil de dizer do que de fazer, tanto para os clínicos como para os clientes. As pessoas recorrem às suas mentes porque linguagem e pensamento são veículos extremamente efetivos no mundo cotidiano. Você deve definitivamente prestar atenção ao que sua mente está dizendo quando está fazendo seu imposto de renda, consertando uma máquina ou tentando atravessar uma rua em um cruzamento movimentado. O problema é que não somos treinados para discriminar quando a mente é útil e quando não é e não desenvolvemos as competências para passar de um modo de solução de problemas da mente fusionado para um modo da mente engajado em descrever. A mente é ótima quando se trata de inventar aparelhos, construir planos de negócios ou organizar programações diárias. Porém, isoladamente, a mente é muito menos útil em aprender a estar presente, aprender a amar ou descobrir como melhor carregar consigo as complexidades de uma história pessoal. O conhecimento verbal não é o único tipo de conhecimento que existe. Precisamos aprender a usar nossas competências analíticas e avaliativas quando isso promove operacionalidade e usar outras formas de conhecimento quando elas servem melhor aos nossos interesses. Com efeito, o objetivo final da ACT é ensinar os clientes a fazer essas distinções a serviço da promoção de uma vida mais viável.

Esquiva experiencial

Outro processo-chave no ciclo do sofrimento é a *esquiva experiencial*. Ela é uma consequência imediata da fusão com instruções mentais que encorajam a supressão, o controle ou a eliminação de experiências cuja expectativa é a de que sejam estressantes. Para o cliente que se engaja em padrões distímicos, o objetivo pode ser sentir-se da forma certa e evitar sentimentos

ou pensamentos que o desviam do seu objetivo. Para o cliente que demonstra padrões obsessivo-compulsivos, o objetivo pode ser suprimir certos pensamentos ou controlar sentimentos de desgraça. Para o cliente com transtorno de pânico, o objetivo primordial é evitar experimentar ansiedade e pensamentos de morte, perda do controle ou perda da razão. (Ao longo de todo o tempo, durante o tratamento, o clínico também pode estar resistindo a impulsos de sentir-se impotente, tolo ou perdido.)

Há um paradoxo inerente na tentativa de evitar, suprimir ou eliminar as experiências privadas indesejáveis na medida em que frequentemente tais tentativas levam a um *recrudescimento* na frequência e na intensidade das experiências a serem evitadas (Wenzlaff & Wegner, 2000). Como a maior parte do conteúdo angustiante por definição não está sujeita à regulação comportamental voluntária, só resta ao cliente uma estratégia principal: esquiva emocional e comportamental. O resultado no longo prazo é que a vida da pessoa começa a se restringir, as situações evitadas se multiplicam e se deterioram, os pensamentos e sentimentos evitados se tornam mais preponderantes, e a capacidade de estar no momento presente e desfrutar a vida gradualmente diminui.

O impacto do canto das sereias

Tanto a fusão cognitiva quanto a esquiva experiencial afetam significativamente quem pensamos que somos. Ficamos cada vez mais enredados em nossas auto-histórias, e as ameaças às nossas autoconcepções se tornam centrais. As possibilidades que são externas à nossa narrativa oficial devem ser evitadas ou negadas. Essa consequência vale tanto para as histórias que são horríveis quanto para as que são ilusoriamente positivas. Inevitavelmente nos esquivamos de reconhecer os erros para salvar as aparências, mas ao custo de deixarmos de aprender com eles. Pessoas que padecem de transtorno de pânico com frequência irão declarar “Eu sou *agorafóbico*” – como se seus

problemas definissem quem elas são – e irão se ater às particularidades de sua patologia ou à peculiaridade e ao poder explanatório de sua trágica história como se isso fosse seu principal direito de nascença. As pessoas com frequência mergulham em seus mecanismos mentais de forma semelhante ao modo como os marinheiros mergulham no mar (i.e., não sem algum grau de prazer). No entanto, elas são engolidas pelas ondas do orgulho e esmagadas contra os rochedos da vergonha. Em vez de ossos quebrados, temos casamentos rompidos. Assim como os marinheiros de Odisseu ansiando pelas verdades adivinhatórias das sereias, as oportunidades passam à nossa frente como navios vazios quando não se encaixam na narrativa da nossa mente. Quando você está muito ocupado em ser o que sua mente diz que você é, deixar de lado seus hábitos normais se torna impossível, mesmo quando isso seria obviamente útil.

A fusão cognitiva e a esquiva experiencial também afetam a habilidade do indivíduo de prestar atenção de modo flexível e voluntário ao que está acontecendo interna e externamente. Atentar deliberadamente aos eventos internos que a pessoa quer evitar – ou mesmo aos seus desencadeantes externos – faria cair por terra o propósito da esquiva experiencial. Observar os eventos que possam contradizer uma história muito fusionada significa afastar-se dessa história por um momento (que horror!). Para evitar tais resultados inoportunos, a atenção do indivíduo deve permanecer estritamente focada e inflexível. Com o tempo, instala-se um tipo de entorpecimento vital. A pessoa passa pelos acontecimentos da vida diária sem muito contato momento a momento com a vida em si. A vida segue no piloto automático.

O dano causado pela fusão cognitiva e pela esquiva experiencial é igualmente destrutivo em relação ao nosso senso de direção na vida e ao nosso comportamento guiado por objetivos. Nosso comportamento fica mais submetido ao “controle aversivo” do que ao “controle apetitivo” – mais dominado pela esquiva e escape do que pela atração natural. Nossas es-

colhas vitais mais importantes passam a ser baseadas em como não evocar conteúdo pessoal angustiante em vez de seguirmos na direção do que mais profundamente valorizamos. As pessoas perdem completamente seus pontos de referência porque estão muito ocupadas em monitorar o nível de risco de cada evento, interação ou situação.

ACT: ACEITAR, ESCOLHER, AGIR

Na abordagem da ACT, um objetivo de vida saudável não é tanto sentir-se *bem*, mas *sentir* bem. É *psicologicamente saudável* ter pensamentos e sentimentos desagradáveis, além dos prazerosos, e isso nos dá pleno acesso à riqueza de nossas histórias pessoais únicas. Ironicamente, quando pensamentos e sentimentos se tornam fundamentais, praticamente ditando o que fazemos – ou seja, quando eles “significam apenas o que *dizem* que significam” –, com frequência ficamos relutantes em sentir os sentimentos ou pensar os pensamentos abertamente e, assim, aprender com o que eles têm a nos ensinar. Em contrapartida, quando os sentimentos são apenas sentimentos e os pensamentos são apenas pensamentos, eles podem significar o que eles *realmente* significam, ou seja, que partes da nossa história pessoal única estão sendo trazidas para o presente pelo contexto atual. Pensamentos e sentimentos são interessantes e importantes, mas não devem necessariamente ditar o que acontece a seguir. Seu papel específico em cada caso depende do contexto psicológico em que ocorrem, e isso é muito mais variável do que qualquer modo de solução de problemas da mente normal que podemos imaginar.

A alternativa construtiva à fusão é a *desfusão*, e a alternativa preferida à esquiva experiencial é a *aceitação*. Estes são os processos ensinados e estimulados na abordagem da ACT. Desfusão e aceitação em seus modelos mais básicos estão implícitas em qualquer psicoterapia porque,

no mínimo, o cliente e o terapeuta imediatamente irão aprender a observar os pensamentos e os sentimentos que ocorrem para compreender o problema que está sendo tratado. Em suas formas mais elaboradas apresentadas na ACT, desfusão envolve aprender a estar conscientemente atento ao próprio pensamento quando ele ocorre, e aceitação envolve o processo ativo de se engajar e algumas vezes aumentar a rica complexidade das próprias reações emocionais como um meio de fomentar a abertura psicológica, a aprendizagem e a compaixão por si mesmo e pelos outros. Essas habilidades envolvem experimentar conscientemente os sentimentos *como* sentimentos, os pensamentos *como* pensamentos, as lembranças *como* lembranças, e assim por diante. Elas permitem que a pessoa observe desapaixonadamente a própria mente em funcionamento enquanto ao mesmo tempo “acolhe o momento”, dessa maneira permanecendo atenta a pistas ou sinais contextuais potencialmente importantes que de outra forma passariam despercebidos.

À medida que essas competências são adquiridas, o próprio sentido da atenção se torna mais flexível, focado e volitivo, possibilitando que a pessoa veja melhor a si mesma e as outras pessoas como parte de um mundo interconectado. A partir dessa perspectiva mais atenta e flexível, os clientes podem fazer com mais facilidade a mudança da conduta de esquiva e enredamento para uma de aumento no engajamento e na expansão comportamental.

Raramente nos engajamos em esquiva como um objetivo em si. A esquiva bem-sucedida não é um objetivo de resultados, mas um objetivo de processos. Se você perguntar a um cliente *por que* ele deve, digamos, evitar a ansiedade, a resposta geralmente irá se referir a um impacto positivo desejado em alguma parte da sua vida. O cliente pode acreditar, por exemplo, que a ansiedade indevida está atrapalhando uma promoção potencial, prejudicando um relacionamento ou impedindo-o de viajar. As estratégias da esquiva experiencial

prometem que serão obtidos desfechos importantes e desejáveis na vida ao se livrar de maus sentimentos. Na ACT, no entanto, tais desfechos na vida se tornam mais imediatamente relevantes e viáveis, uma vez que os profissionais podem se voltar diretamente para a questão dos valores pessoais profundamente arraigados e a como construir a vida focando nesses valores.

A busca bem-sucedida de um valor vital é complicada pela esquivia porque as áreas em que podemos ser mais magoados são justamente aquelas áreas com as quais nos importamos mais profundamente. Pode ser muito confortável fingir “não se importar”. Não é possível escolher direções na vida valorizadas, porém arriscadas, quando nossas cognições estão fusionadas porque a mente lógica procura garantias dos resultados. No contexto de maior flexibilidade psicológica, no entanto, a dor psicológica que é inerente a situações difíceis na vida pode ser aceita pelo que ela é, e podemos aprender com ela; nossa atenção e foco podem, então, ser mudados para comportamentos de melhoria da vida.

Nestas últimas páginas, descrevemos todo o modelo da ACT sem parar para explicar integralmente por que esses processos existem e como eles funcionam. Em parte, esta breve introdução pretende dar ao leitor uma noção de como pode funcionar uma alternativa ao pensamento sindrômico transdiagnóstica e focada em processos. O restante deste livro é planejado para entrar em mais detalhes. Esta será uma jornada que envolve primeiramente esclarecer os pressupostos teóricos, examinar a ciência básica e clínica e, então, articular implicações e aplicações clínicas específicas.

Organizamos este livro de modo que você primeiramente entenda os fundamentos do trabalho (Capítulo 2). Acreditamos que, longe de ser um exercício árido, conectar-se com os pressupostos subjacentes à ACT prepara o terreno para a utilização do modelo de uma forma vital. Poderemos, então, explorar a flexibilidade psicológica como um modelo trans-

diagnóstico unificado do funcionamento e da adaptabilidade humanos (Capítulo 3). Depois disso, o modelo é aplicado a estudos de caso específicos de modo que você, o clínico, possa começar a identificar vários pontos fortes e pontos fracos psicológicos em seus clientes e em você mesmo por uma perspectiva contextual (Capítulo 4). O Capítulo 5 aborda a ferramenta mais poderosa que você tem como terapeuta, isto é, sua relação consigo mesmo e com seus clientes. Ele mostra como você pode promover, demonstrar e apoiar a aceitação, *mindfulness* e as ações valorizadas como uma abordagem da própria relação terapêutica.

Nos Capítulos 6 a 12, examinamos, por meio de detalhes específicos de estudos de caso, como engajar os clientes e encaminhá-los pelos processos centrais da ACT. Cada capítulo descreve a relevância clínica do processo central, fornece exemplos de casos dos métodos de intervenção e orienta sobre como melhor integrar esse processo particular aos demais processos da ACT. Na prática clínica, constatamos de forma consistente que trabalhar em um processo específico da ACT tende a desencadear um ou mais dos outros processos sempre que eles forem relevantes; assim, é importante saber como detectar os sinais de que isso está acontecendo. Cada capítulo fornece uma breve lista “do que fazer e o que não fazer” para ajudá-lo a evitar alguns dos erros mais comuns que estamos sujeitos a cometer em nosso trabalho clínico.

No Capítulo 13, examinamos o passado e o futuro da ACT e lhe apresentamos a abordagem da ciência comportamental contextual (CBS) para desenvolvimento do tratamento e avaliação. Examinamos em detalhes os princípios fundamentais do desenvolvimento do tratamento por meio dos quais estamos tentando preencher a lacuna entre a ciência e a prática clínica. Se você está intrigado com a abordagem da ACT, provavelmente deve estar igualmente interessado na estratégia científica que dá origem a ela e que com o passar do tempo está estendendo seu alcance.

UMA ADVERTÊNCIA

O mestre Zen Seng-Ts'an gostava de dizer: "Se você trabalhar a sua mente com a sua mente, como é que consegue evitar uma grande confusão?". Muitas instituições humanas (incluindo o Zen Budismo proeminentemente entre elas) tentaram "aparar as garras dos leões" da linguagem humana. É inerentemente difícil usar a linguagem analítica para "aparar as garras" da linguagem analítica, exigindo, com efeito, que aprendamos a lutar contra o fogo com fogo sem nos queimarmos.

Estamos escrevendo um livro, não dançando ou meditando. Os leitores deste livro estão interagindo com um material verbal. Se a linguagem humana está na essência da maior parte do sofrimento humano, essa circunstância apresenta um desafio extremo, já que nossas melhores tentativas de explicar e "entender" a ACT estão firmemente baseadas no próprio sistema de linguagem e, assim, estão sujeitas a sistemas de regras culturalmente inculcadas. Para começar com um exemplo trivial, este livro em geral será lido a partir do começo até o fim. Essa estrutura de linguagem pode levar os leitores a presumir que o que vem primeiro quando descrevemos o modelo de tratamento da ACT é o primeiro estágio do tratamento e que o último componente viria no fim do tratamento. O que acontece é que esse não é o caso. Dependendo da avaliação feita pelo terapeuta, qualquer processo central da ACT (independentemente da sua ordem de discussão neste livro) poderá ser o primeiro processo abordado em situações reais de tratamento.

Em um nível mais profundo, os objetivos finais da ACT são abalar a hegemonia da linguagem humana e trazer nossos clientes e nós mesmos de volta a um contato mais abrangente com o conhecimento – incluindo intuição, inspiração e a simples consciência do mundo. Esses processos não são diferentes para o terapeuta que lê este livro na tentativa de entender a ACT, nem para o cliente que tem dificulda-

des em encontrar significado, propósito e vitalidade na sua existência. As armadilhas da linguagem que ludibriam a todos nós precisarão ser identificadas. Essa condição requer que o leitor permaneça aberto às contradições e aprenda a manter com leveza os dois lados das aparentes contradições, em vez de ver um lado como totalmente certo e o outro como errado.

Às vezes usamos neste livro uma linguagem paradoxal e metafórica, sobretudo para evitar ficarmos aprisionados a um significado muito literal. Todo esse blá-blá-blá verbal pode criar alguma confusão ocasional para o leitor, pelo quê pedimos sua indulgência. Se atingirmos nossos objetivos maiores, a confusão terá sido necessária e válido a pena.

Em sociedades antigas, os templos com frequência exibem um aparentemente interminável conjunto de degraus que levam até uma melhor posição estratégica – simbolizando, supomos, o grande esforço necessário para passar a ver as coisas com mais clareza. Na sua base, essa escada em geral é ladeada por estátuas de criaturas assustadoras como leões ferozes – talvez simbolizando os obstáculos assustadores que algumas vezes precisamos ultrapassar antes de abandonarmos as visões familiares em favor de outras novas e não familiares. Podemos nomear esses leões de acordo com os processos que acabamos de prever que o leitor irá enfrentar neste livro – o que está à esquerda é Paradoxo, e o que está à direita é Confusão. Não colocamos os dois leões na capa do livro, mas poderíamos ter feito isso.

A ACT não é simplesmente um método ou técnica. Ela é uma abordagem multidimensional de um modelo básico e aplicado e uma abordagem de desenvolvimento científico. Ela se aplica tanto aos clínicos quanto aos clientes. Em um nível, nosso objetivo é apresentar uma explicação transdiagnóstica, unificada e focada em processos da patologia humana e do potencial humano. Em outro nível, convidamos você a explorar uma concepção diferente da sua própria vida e a de seus clientes.