

ANA CATARINA ALVES GUERREIRO

Compromisso com ação valorizada em pessoas com e sem doença crónica da população geral: o papel da sintomatologia psicopatológica e da flexibilidade psicológica

Orientador: Professor Doutor Sérgio Andrade Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

ANA CATARINA ALVES GUERREIRO

**Compromisso com ação valorizada em pessoas com e
sem doença crónica da população geral: o papel da
sintomatologia psicopatológica e da flexibilidade
psicológica**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, no dia 18 de Janeiro de 2023, perante o júri, com o Despacho de Nomeação No 354/2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª Doutora Bárbara Gonzalez
Arguente: Prof^ª Doutora Teresa Mendes Orientadora:
Prof^º Doutor Sérgio Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2023

Agradecimentos

A licenciatura e o mestrado foram cinco anos de trabalho e dedicação e quero agradecer a todos que, de certa forma, tornaram isso possível.

Agradecer primeiramente aos meus pais e irmão por terem sido o meu maior apoio e terem-me proporcionado esta caminhada.

Agradeço aos amigos e colegas pelas partilhas, amizade, convívio e encorajamento que me proporcionaram ao longo destes anos.

Ao professor Sérgio Carvalho pela sua orientação, partilha de conhecimento disponibilidade e apoio ao longo destes meses.

Aos professores do ISMAT e da Universidade Lusófona que contribuíram para que esta caminhada fosse possível.

Resumo

A investigação tem demonstrado que a sintomatologia psicopatológica afeta uma parte significativa da população, principalmente da população que possui doença crónica. A literatura sugere que a flexibilidade psicológica está associada a bons indicadores de saúde mental. Contudo, é necessária mais investigação para melhor compreender os processos subjacentes ao modelo da FP na compreensão da psicopatologia e qualidade de vida, principalmente a ação comprometida. O presente estudo teve com objetivo perceber se o nível de compromisso com ação valorizada difere entre as amostras (população da população geral e população com doença crónica), perceber se existem diferenças relativamente à sintomatologia psicopatológica e FP nas diferentes populações e se nestas populações existem associações quanto à sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica.

Este estudo é constituído por uma amostra de 94 pessoas, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos de idade. Destes, 31 apresentavam condições crónicas e 63 eram indivíduos sem condições crónicas de saúde. A amostra foi recolhida a priori no contexto de um estudo mais amplo. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: Escala de Depressão, Ansiedade e Stress, Questionário de Ação Comprometida e Avaliação abrangente dos processos de Terapia de Aceitação e Compromisso- Escala de Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia da Aceitação e Compromisso (CompACT).

Os resultados obtidos demonstraram não existir diferenças estatisticamente significativas entre as amostras com e sem doença crónica relativamente à sintomatologia psicopatológica, compromisso com ação valorizada e flexibilidade psicológica. Contudo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a flexibilidade psicológica (consciência comportamental e abertura à experiência) e sintomatologia psicopatológica (ansiedade e stress) na amostra com doença crónica.

Palavras-Chave: Doença crónica, Flexibilidade psicológica, Sintomatologia psicopatológica, Compromisso com ação valorizada.

Abstract

Research shows that psychopathological symptoms affect a significant part of the population, especially the population with chronic illness. The literature suggest that psychological flexibility is associated with good mental health indicators. However, more research is needed to better understand the processes underlying the PF model in understanding psychopathology and quality of life, especially compromised action. The present study aimed to understand if the level of commitment to valued action differs between the samples (general population and population with chronic disease), to understand if there are differences regarding psychopathological symptomatology and PF in different populations and if in these populations there are associations regarding psychopathological symptomatology and psychological flexibility.

This study consists of a sample of 94 people, aged between 20 and 65 years old. Of these, 31 had chronic conditions and 63 were individuals without chronic health conditions. The sample was collected previously in the context of a broader study. The following assessment tools were used: Depression, Anxiety and Stress Scale, Committed Action Questionnaire and Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes (CompACT) Comprehensive Assessment Scale for the Processes of Acceptance and Commitment Therapy.

The results obtained showed that there were no statistically significant differences between the samples with and without chronic disease in terms of psychopathological symptoms, commitment to valued action and psychological flexibility. However, there was a statistically significant association between psychological flexibility (behavioral awareness and openness to experience) and psychopathological symptomatology (anxiety and stress) in the sample with chronic illness.

Keywords: Chronic illness, psychological flexibility, Psychopathological symptomatology, Commitment to valued action.

Nota Introdutória

A presente investigação pretende estudar as diferenças no nível de compromisso com ação valorizada, flexibilidade psicológica e sintomatologia psicopatológica em duas subamostras da população geral, uma com doença crónica associada e outra sem doença crónica. Pretendemos, ainda, perceber se existem associações entre a sintomatologia psicopatológica e o nível de flexibilidade psicológica entre as duas amostras. A amostra é constituída por 93 participantes da população geral, sendo que 61 participantes não possuem doença crónica associada e 31 possuem condição de doença crónica. Os critérios de inclusão foram: idade entre os 18 e 65 anos, língua materna portuguesa e nacionalidade portuguesa e acesso à internet. A amostra da população com doença crónica apresentava o critério de exclusão: diagnóstico prévio de uma condição médica crónica e um critério de exclusão: diagnóstico prévio de perturbação psiquiátrica severa reportado pelos participantes. Foram utilizados questionários de autorresposta: Escala de depressão, ansiedade e stress (DASS-21; Lovibond e Lovibond, 1995; validação portuguesa por Pais Ribeiro et al., 2004), Questionário de ação comprometida (CAQ-8; McCracken et al., 2014; validação portuguesa por Trindade et al., 2017) e Escala de Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia da Aceitação e Compromisso (CompACT; Francis et al., 2016; validação portuguesa por Trindade et al., 2020). Espera-se que a amostra da população com doença crónica apresenta níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológico em relação à amostra da população geral e, que esta última, apresente níveis mais elevados de compromisso com ação valorizada e flexibilidade psicológica do que a amostra com doença crónica. Por fim, acreditamos que a associação entre a sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica seja mais elevada na amostra da população com doença crónica.

Os resultados obtidos indicaram não existir diferenças estatisticamente significativas entre as amostras com e sem doença crónica relativamente à sintomatologia psicopatológica, compromisso com ação valorizada e flexibilidade psicológica. Contudo, verificaram-se associações estatisticamente significativa entre alguns subprocessos da flexibilidade psicológica e sintomatologia psicopatológica (ansiedade e stress) na amostra com e sem doença crónica.

De acordo com os resultados obtidos é possível hipotetizar implicações para a prática clínica, nomeadamente a importância do crescimento de estudos acerca da ação

comprometida, principalmente na população com doença crónica, de forma a desenvolver programas de intervenção eficazes no sentido da prevenção ou diminuição da psicopatologia.

Lista de Abreviaturas, siglas ou símbolos

ACT- Terapia de Aceitação e Compromisso.

FP- Flexibilidade psicológica.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

WHO- World Health Organization.

CompACT- Escala de Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia da Aceitação e Compromisso.

TCC- Terapia Cognitivo Comportamental.

EADS- Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

CAQ-8- Questionário de Ação Comprometida.

n – Tamanho da amostra

M - Média

DP - Desvio padrão

Índice Geral

1. Enquadramento Teórico	12
1.1. Doença Crónica	12
1.2. Relação entre doença crónica e sintomatologia psicopatológica.....	12
1.3. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)	13
1.4. Objetivo e Hipóteses.....	18
2. Metodologia	19
2.1. Participantes.....	19
2.2. Procedimento	22
2.3. Instrumentos	22
2.3.1. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS).....	23
2.3.2. Questionário de Ação Comprometida (CAQ-8).....	23
2.3.4 Avaliação abrangente dos processos de Terapia de Aceitação e Compromisso- Escala de Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia da Aceitação e Compromisso (CompACT)	24
2.4. Estratégia Analítica.....	24
3. Resultados.....	25
3.1. Análise preliminar: normalidade e valores extremos	25
3.2. Teste de diferenças entre pessoas com doença crónica e pessoas sem doença crónica.	27
3.3. Correlações entre as variáveis em estudo	28
3.3.1. <i>Correlações entre as variáveis na amostra de participantes com doença crónica</i>	28
3.3.2. <i>Correlações entre as variáveis na amostra de participantes sem doença crónica</i>	29
4. Discussão.....	31

4.1.	Limitações do estudo	33
4.2.	Implicações clínicas	33
4.3.	Conclusão	34
Referências bibliográficas		35

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica e clínica da amostra (N=94)	20
Tabela 2- Médias, desvios padrão e testes t para amostras independentes entre grupos com doença crónica e sem doença crónica.....	27
Tabela 3- Coeficientes de correlação produto-momento de Pearson entre amostra com doença crónica (n= 31; lado superior da tabela) e amostra sem doença crónica (n= 63; lado inferior da tabela).....	30

1. Enquadramento Teórico

1.1. Doença Crónica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas são definidas como doenças não transmissíveis, de longa duração e de progressão lenta. Os sintomas progridem de forma progressiva e apresentam um impacto em diversas dimensões, influenciando as funções fisiológicas e psicológicas e sendo potencialmente incapacitantes (Machado, 2009). Estas condições têm origem na união de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2018). As pessoas que sofrem destas condições necessitam de aprender a gerir diversas imitações e imposições do seu quotidiano (e.g., fazer tratamentos regularmente). Existem fases em que o seu estado de saúde pode requerer hospitalização, provocando isto alguns sintomas como a tristeza e sofrimento físico e emocional (Lorencetti & Simonetti, 2005). As doenças crónicas mais comuns são a doença cardiovascular, diabetes mellitus, doenças neoplásicas, asma, artrite e osteoporose. Estas doenças apresentam um impacto significativo, devido à elevada taxa de mortalidade e limitação que exercem (WHO, 2018), representando 63% das mortes a cada ano em todo o mundo. São atualmente a principal causa de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2018). De acordo com o INE (2016), em 2014, as mulheres apresentavam uma percentagem superior à dos homens relativamente à doença crónica. A dor crónica, nomeadamente dor lombar ou outros problemas crónicos nas costas, e dor cervical ou outros problemas crónicos no pescoço, foram as doenças crónicas descritas com maior frequência pela população com idade igual ou superior a 15 anos: respetivamente 2,9 e 2,1 milhões de pessoas, isto é, 32,9% e 24,1% (INE, 2016).

1.2. Relação entre doença crónica e sintomatologia psicopatológica

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental mostrou que a sintomatologia psiquiátrica afeta mais de um quinto da população portuguesa geral. Deste valor, destacam-se os mais elevados na sintomatologia ansiosa e depressiva (Almeida & Xavier, 2013). No que concerne à doença crónica, a maioria destas apresentam implicações na saúde geral, na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo do sujeito (Alonso et al., 2004). As doenças crónicas mais comuns apresentam sintomas

psiquiátricos ou sofrimento subjetivo emocional/psicológico associado, representando um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade ou perturbação depressiva (Clarke & Currie, 2009). A literatura sugere que diversos fatores psicológicos (e.g., a perceção da doença, estratégias de coping, crenças de autoeficácia, regulação emocional, flexibilidade psicológica) apresentam um papel importante na relação entre doença crónica e sintomatologia psicopatológica (Ridder & Geenen, 2008). Em 2009, Collins et al., analisaram pacientes com diabetes e concluíram que estes apresentavam o dobro de sintomatologia depressiva e ansiosa quando comparados à população geral. Um outro estudo (multicêntrico) sugeriu que pessoas com diabetes têm 1,2 vezes mais risco de desenvolver sintomatologia ansiosa (Lin et al., 2008). De acordo com Andreoulakis et al. (2012), ainda que a prevalência de perturbações psiquiátricas em pessoas que possuem diabetes possa ser comparável àquela observada na população em geral, é normalmente descrita uma maior prevalência de perturbações de humor em pessoas com diabetes ocorrendo, maioritariamente ao mesmo tempo as perturbações de ansiedade. Por outro lado, estudos demonstram índices elevados de sintomatologia ansiosa em muitas pessoas que possuem diabetes, por exemplo, no receio de efetuar a medicação do nível de glicose do sangue, indicando que determinados aspetos relacionados com o processo de tratamento na Diabetes podem associar-se à experiência de sintomatologia ansiosa (Grigsby et al., 2002; Mitsonis et al., 2009). Estudos demonstram que pacientes com asma apresentam maiores níveis de depressão (14.4%) quando comparados a pessoas sem asma (5.7%) (Goldney et al., 2003). No caso do cancro, estudos demonstram que no momento do diagnóstico 50% dos pacientes revelam ter depressão e, na generalidade, 15% a 23% demonstram sofrer de ansiedade (National Breast Cancer Centre and National Control Initiative, 2003).

1.3. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Por sua vez, a ACT tem demonstrado bons indicadores de saúde mental (Hayes et al., 2012). A ACT caracteriza-se por ser uma abordagem de tradição cognitivo-comportamental, desenvolvida através de trabalhos experimentais sobre a interferência da linguagem no comportamento (Zettle, 2005). É considerada uma intervenção baseada na psicologia comportamental moderna, que utiliza processos de mindfulness, aceitação, comprometimento e mudança comportamental, com o objetivo de desenvolver a

flexibilidade psicológica (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Por sua vez, a FP (flexibilidade psicológica) pode ser definida como a competência de o indivíduo conectar-se com o momento presente conscientemente e de forma plena, e dessa forma, alterar ou manter comportamentos, para que estes sejam coerentes com os seus valores (Hayes, Strosahl & Wilson, 2009). A literatura sugere que a ACT contribui para melhores níveis saúde mental e bem-estar, nomeadamente menos depressão e ansiedade (Bond & Bunce, 2000; Zettle, 2003) e outras perturbações mentais (Bach & Hayes, 2002; Woods et al., 2006). A literatura demonstra, no entanto, que a ACT quando testada em um grupo diversificado de condições (psicose, POC, perturbação de ansiedade), demonstrou um tamanho de efeito médio quando comparado com placebo ou outro tratamento usual e um tamanho de efeito semelhante à Terapia Cognitivo Comportamental tradicional (A-Tjak et al., 2015). Outros estudos (Ost, 2008; Ost, 2014) observaram um pequeno efeito geral de magnitude semelhante às abordagens tradicionais da TCC. Num outro estudo, Bond e Bunce (2003) concluíram que um programa para gerir o stress baseado na ACT numa organização, resultou na melhoria da saúde mental dos funcionários em geral e em níveis mais baixos de depressão. No que concerne à doença crónica, a ACT tem sido utilizada em diversas condições crónicas, como no cancro (Feros et al., 2013; Hawkes et al., 2013), epilepsia (Lundgren et al., 2006), doenças cardíacas (Godwun et al., 2012) e diabetes (Gregg et al., 2007). Tem sido utilizado no sentido de alterar estilos de vida e autogestão da doença (Gregg et al., 2007; Hawkes et al., 2014) e controlo sintomatológico (Lundgren et al., 2008) e reduzir a tristeza (Rorsman, 2012). Tem demonstrado ser eficaz na sintomatologia psicopatológica comumente associada à epilepsia, como o caso da depressão (Hayes, 2001). Na ACT, a psicopatologia é representada pelo processo Transdiagnóstico inflexibilidade psicológica. Processo este em que os comportamentos do sujeito são excessivamente controlados pelo evitamento ou tentativa de controlar experiências internas, como pensamentos e sentimentos indesejados, em vez de comportar-se conforme os seus valores (Levin et al., 2014). De acordo com este modelo, a psicopatologia e o sofrimento psicológico são uma consequência das características intrínsecas à linguagem e cognição humanas, nomeadamente a possibilidade de ficarmos enredados na experiência interna, assim como a consequente indisponibilidade para vivenciar a experiência interna desagradável, conduzindo a comportamentos guiados pelo evitamento e consequentemente afastando o sujeito de uma vida valorizada (Hayes et al.,

2006). A inflexibilidade psicológica está associada ao desenvolvimento e/ou manutenção de sintomatologia depressiva e ansiosa (Spinhoven et al., 2016).

A ACT oferece, por suas vezes, seis estratégias de intervenção, cada uma delas para colmatar os processos mal adaptativos da inflexibilidade psicológica. Esta abordagem não procura alterar crenças (e.g., substituir pensamentos irracionais ou não adaptativos por pensamentos mais adaptativos), procura focar-se no processo de pensamento e reduzir a influencia comportamental e funcional do pensamento, de tal modo que procura promover a flexibilidade psicológica. A flexibilidade psicológica pode ser definida como a capacidade que o individuo tem de alterar ou manter-se, de forma consciente, num determinado comportamento que vai em conformidade com os seus valores e objetivos, estando aberto à experiência (Hayes et al., 2006). A FP está associada a um conjunto de indicadores positivos de saúde mental, como por exemplo menos depressão, menos ansiedade e stress, mais bem-estar e mais satisfação com a vida (Dindo et al., 2014; Feros et al., 2013). De acordo com a ACT, o seu modelo de flexibilidade psicológica é composto por três processos abrangentes, a Abertura, a Consciência e a Ação Valorizada (Hayes et al., 2011). No processo Abertura fazem parte os subprocessos aceitação experiencial e desfusão cognitiva. A aceitação experiencial é vista como uma alternativa ao Evitamento Experiencial, que está por sua vez associado a consequências ao nível físico, por exemplo maior intensidade de dor (McCracken, 1998), que levam a uma diminuição da qualidade de vida e a um aumento da frequência de sintomas físicos (Dahl et al., 2004). Um estudo sugeriu que alunos com doença crónica apresentam níveis mais elevados de ansiedade e de evitamento em comparação com alunos sem doença crónica (Coutinho et al., 2021). A aceitação pode ser definida pela relação consciente com eventos internos, sem a tentativa de alterar a sua frequência ou forma (Hayes et al., 1999). Não altera a natureza do evento (doença crónica continua a ser doença), mas muda a experiência que o individuo vai ter com esse evento e a função da mesma (Dahl et al., 2009). A Desfusão cognitiva, inverso da fusão cognitiva, caracteriza-se pelo processo em que o individuo experiencia pensamentos como eventos subjetivos e transitórios, que não necessitam de ser respondidos ou controlados (Hayes et al., 1999). As suas técnicas têm como objetivo tentar alterar a maneira como a pessoa se relaciona com os seus pensamentos e outros eventos privados, em vez da mudança imediata da sua forma e frequência (Hayes et al., 2016). Por exemplo, quando a pessoa pensa “devo esconder a

minha doença das outras pessoas”, é promovida a capacidade de ela observar, repetir em voz alta até que seja apenas um som ou até que o perceba como uma observação externa, dando-lhe assim uma forma. Deste modo, será mais fácil comprometer-se com valores, ainda que isso signifique experienciar a sua sintomatologia (Trindade, 2018). No processo Consciência fazem parte os subprocessos momento presente e Eu contextual. No contacto com o Momento Presente, subprocesso inverso ao Passado Conceitualizado, promove-se, sem julgamento, o contacto com eventos psicológicos difíceis para o indivíduo, no momento em que ocorrem. O objetivo é tornar o comportamento do indivíduo mais flexível através deste contacto direto com o mundo e, deste modo, que as suas ações sejam concordantes com os valores que defendem (Hayes et al., 2006). O subprocesso Eu contextual é o visto como a alternativa ao Apego ao Eu conceituado. O ser humano costuma elaborar crenças sobre si próprio (exemplo, “sou um fracasso”), que costumam persistir ao longo do tempo e posteriormente procura evidências que comprovem essas ideias, descartando evidências que vão contra as mesmas (Dahl et al., 2009). Isto vai limitar as diversidades do repertório comportamental da pessoa e as suas ações passam a existir de acordo com julgamentos sobre si. Doentes crónicos com grande apego a uma conceptualização negativa do Eu costumam sentir mais dificuldade na adaptação à doença e deparar-se com confrontações relativamente à sua identidade após o diagnóstico (Graham et al., 2016). Para reduzir este apego, ACT procura promover o Eu contextual, em que o indivíduo percebe a diferença entre as experiências e quem está a ter essas mesmas experiências, o que o vai ajudar a entender que não é definido pelas mesmas (Hayes et al., 1999). Estes dois processos referidos anteriormente estão intimamente relacionados com a ação valorizada, em que fazem parte os subprocessos valores e ação comprometida. Os valores definem-se como conceitos escolhidos pelo indivíduo de forma intencional, vinculados a padrões de tarefas contínuas que sustentam um significado e podem guiar o comportamento ao longo do tempo (Wilson & Dufrene, 2009). Estes valores seguem uma direção focada no presente para determinada ação, e reconhecem eventos internos indesejados (McCracken, 2011). Quando os valores estão claramente definidos, a pessoa encontra-se comprometida a agir de acordo com os mesmos (Hayes et al., 2006). Existe uma grande dificuldade por parte em seguir valores selecionados, principalmente devido à fusão cognitiva com eventos internos e tentativas de evitamento de experiências considerada difíceis (Dahl et al., 2009). No caso da doença

crónica, os pacientes podem apresentar resistência ao ir às consultas médicas ou na toma da medicação prescrita de modo a evitar experiências desagradáveis (ex: efeitos colaterais) (Hadlandsmyth, White, Nesin, & Greco, 2013). As tentativas de evitar a dor normalmente agravam o seu impacto e podem restringir a disposição do indivíduo para realizar atividades valorizadas que podem induzir a dor (Vlaeyen & Linton, 2000). A ACT promove o desenvolvimento de ação eficaz e comprometida, que vai de acordo com os valores escolhidos. O processo de ação comprometida abrange a persistência da ação, mesmo nas situações em que os comportamentos orientados por valores significativos provoquem sentimentos ou pensamentos desagradáveis (McCracken, 2013). Os objetivos definidos de acordo com os valores são possíveis de ser cumpridos, ao contrário dos valores que não são concretizados de forma prática. Por exemplo, a valorização dos cuidados de saúde pode nunca ser alcançada, mas oferece ao paciente uma orientação de comportamento, como a toma de medicamentos prescritos, executar os tratamentos necessários ou praticar exercício físico (Dahl, 2015). São promovidas metas de mudança comportamental de curto, médio de longo prazo (Hayes et al., 2006). Os esforços existentes nesta mudança comportamental envolvem barreiras psicológicas que são referidas por outros processos de ACT (como aceitação, desfusão cognitiva ou contacto com o momento presente) (Hayes et al., 2006). A ação comprometida é um processo direcionado para o presente definido como a realização de amplos padrões de ação, que levam os indivíduos em direção a uma vida valorizada de acordo com os valores selecionados, permitindo-o adotar comportamentos que são escolhidos pelo próprio e executados de acordo com os valores de vida subjacentes (Hayes et al., 2006, 2012). Comportamentos esses persistentes e flexíveis, sensíveis ao contexto e relacionados com a disposição de interpretar a dor, desconforto, angústia e fracasso como parte do processo (Hayes et al., 1999, 2012; McCracken, 2005, 2013). Requer disposição para se confrontar com dificuldades e, também, persistência flexível para agir de acordo com os próprios valores ao longo do tempo. Embora não exista muita literatura sobre a ação comprometida, vários estudos demonstraram os potenciais efeitos positivos de agir de acordo com valores selecionados numa diversidade de indicadores de saúde mental e física, em populações não clínicas e clínicas (McCracken, 2013; McCracken, Chilcot e Norton, 2015; Michelson, Lee, Orsillo e Roemer, 2011; Trompetter et al., 2013). Estudos demonstram que a ação comprometida está significativamente associada a níveis mais

baixos de depressão (Zettle & Hayes, 1986), ansiedade (Dalrymple & Herbert, 2007) e com melhor funcionamento social, de saúde mental, vitalidade e saúde geral (McCracken, 2013; Trompetter et al., 2013). No que concerne à doença crónica, este processo pretende facilitar a manutenção do funcionamento significativo, mesmo existindo a doença. Este processo tem sido estudado em populações com dor crónica e os estudos têm sugerido que a ação comprometida tem estado relacionada a mais bem-estar psicológico, melhores indicadores de saúde física, menores níveis de ansiedade/depressão, mais aceitação, mais atenção plena e menos interferência da dor na vida diária (Trompetter et al., 2013; McCracken, 2013).

Apesar da diversa literatura existente sobre ACT e o modelo de flexibilidade psicológica (FP) (Levin et al., 2012), é preciso mais investigação para melhorar a compreensão do papel de alguns processos subjacentes ao modelo de FP na compreensão da psicopatologia e qualidade de vida, sendo a ação comprometida um dos processos menos estudados no contexto da doença crónica (McCracken et al., 2015).

Ainda que o modelo subjacente à ACT seja um modelo transdiagnóstico, (Hofmann & Hayes, 2018), importa compreender as diferenças no peso destes processos no sofrimento psicológico de pessoas com e sem doença crónica, para assim desenvolver programas de intervenção mais eficazes.

1.4. Objetivo e Hipóteses

Os objetivos do presente estudo são a) perceber se o nível de compromisso com ação valorizada difere entre a amostra da população geral e a amostra população com doença crónica, b) perceber se, nessas populações, existem diferenças relativamente à sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica e c) perceber se, nestas populações, existem associações quanto à sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica.

De acordo com os objetivos referidos foram estabelecidas seguintes hipóteses: hipótese 1: As pessoas adultas sem doença crónica têm níveis mais elevados de compromisso com ação valorizada quando comparadas com pessoas com doença crónica; hipótese 2: As

peessoas adultas com doença crónica apresentam mais sintomatologia psicopatológica quando comparadas com a população geral; hipótese 3: As pessoas adultas da população geral sem doença crónica apresentam um maior nível de flexibilidade psicológica quando comparadas com população com doença crónica; hipótese 4: A associação entre sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica é superior nas pessoas com doença crónica quando comparado com pessoas da população geral sem doença crónica.

2. Metodologia

2.1. Participantes

O cálculo realizado à priori através do Gpower para diferenças entre duas médias independentes, assumindo um tamanho de efeito f^2 igual a 0.8 e assumindo $\alpha = 0.05$, $n = 84$. Assumimos um efeito grande, uma vez que assumimos encontrar diferenças de magnitude elevada entre pessoas com e sem doença crónica.

Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram divididos para duas amostras, a amostra com doença crónica e a amostra da população geral. A amostra com doença crónica requer os seguintes critérios: a) idade compreendida entre os 18 e 65 anos; b) diagnóstico prévio de uma condição médica crónica; c) acesso à internet; d) língua materna portuguesa e e) nacionalidade portuguesa. A amostra da população em geral requer os seguintes critérios: a) idade compreendida entre os 18 e 65 anos; b) acesso à internet; c) língua materna portuguesa e d) nacionalidade portuguesa. Apenas a amostra com doença crónica apresenta o seguinte critério de exclusão: a) diagnóstico prévio de perturbação psiquiátrica severa reportado pelos participantes (e.g., “já foi diagnosticado com alguma condição severa, como esquizofrenia?” ou défice cognitivo).

O presente estudo foi constituído por duas subamostras, resultando numa amostra total de 94 participantes. Relativamente à subamostra da população geral que não possui doença crónica, esta é constituída por 63 participantes, dos quais 9 são homens (14.3%) e 54 são mulheres (85.7%), com idades compreendidas entre os 20 e os 62 anos ($M = 33.24$; $DP = 11.43$). Em relação aos anos de escolaridade, estes variam entre os 9 e os 25 anos ($M = 16.56$; $DP = 2.38$), sendo que a maioria dos participantes possui entre 16 e 17 anos de escolaridade ($n = 15$; 71.5%). No que diz respeito ao estado civil atual, a maioria dos participantes encontram-se separados/as ($n = 29$; 46%), seguindo-se os solteiros/as ($n = 21$; 33.3%) e os casados/as ($n = 13$; 20.6%). No que concerne à condição

socioeconómica, a amostra pertence maioritariamente ao nível médio ($n = 36$; 57.1%), seguindo-se o nível alto ($n = 6$; 9.5%) e, por último, o nível baixo ($n = 5$; 7.9%). Na restante amostra a maioria dos participantes são estudantes ($n = 12$; 19%).

Relativamente à subamostra da população geral que possui doença crónica, esta é constituída por 31 participantes dos quais 2 são homens ($n = 2$; 6.5%) e 29 são mulheres (93.5%), com idades compreendidas entre os 22 e os 65 anos ($M = 37.32$; $DP = 11.81$). Em relação aos anos de escolaridade, estes variam entre 12 e 22 ($M = 16.39$; $DP = 1.70$), sendo que a maioria dos participantes possui entre 11 e 14 anos de escolaridade ($n = 25$; 80.7%). No que diz respeito ao estado civil atual, a maioria dos participantes são igualmente solteiros/as e separados/as ($n = 12$; 39%), seguindo-se os casados/as ($n = 6$; 19.4%) e os viúvos/as ($n = 1$; 3.2%). No que concerne à condição socioeconómica, a amostra pertence maioritariamente ao nível médio ($n = 16$; 52%), seguindo-se o nível baixo ($n = 5$; 16.1%) e, por último, o nível alto ($n = 1$; 3.2%). Na restante amostra a maioria dos participantes são estudantes ($n = 6$; 19.4%). Quanto ao diagnóstico, a maioria dos participantes referiu ter outra doença crónica diferente das diversas opções ($n = 11$; 36%), 6 participantes referiram possuir asma ($n = 6$; 19.4%), 5 participantes referiram possuir dor crónica ($n = 5$; 16.1%), 4 participantes referiram possuir hípér ou hipotireoidismo ($n = 4$; 13%), 2 participantes referiram possuir alergias ($n = 2$; 6.5%), 1 participante referiu ter cancro ($n = 1$; 3.2%), 1 participante referiu possuir diabetes ($n = 1$; 3.2%) e 1 participante referiu possuir cardiopatia ($n = 1$; 3.2%).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica e clínica da amostra (N=94)

Variáveis	Com doença crónica		Sem doença crónica	
	η/M	%/DP	η/M	%/DP
Sexo				
Feminino	29	93.5	54	85.7
Masculino	2	6.5	9	14.3
Idade	37.32	11.81	33.24	11.43
Condição económica				

Baixo	5	16.1	5	7.9
Médio	16	51.6	36	57.1
Alto	1	3.2	6	9.5
Estudante	6	19.4	12	19
Trabalhador-estudante	1	3.2	1	1.6
Desempregado	1	3.2	3	4.8
Aposentado	1	3.2	-	-
Anos de escolaridade concluídos				
9	-	-	1	1.6
10	-	-	1	1.6
12	2	6.5	2	3.2
13	-	-	1	1.6
15	2	6.5	5	7.9
16	11	35.5	18	28.6
17	14	45.2	27	42.9
18	1	3.2	2	3.2
19	-	-	1	1.6
20	-	-	1	1.6
21	-	-	2	3.2
22	1	3.2	-	-
23	-	-	1	1.6
25	-	-	1	1.6
Estado civil atual				
Solteiro/a	12	38.7	21	33.3
Casado/a	6	19.4	13	20.6
Separado/a	12	38.7	29	46
Divorciado/a	-	-	-	-
Viúvo/a	1	3.2	-	-
Código doença				
Cancro	1	3.2	-	-
Asma	6	19.4	-	-
Dor crónica	5	16.1	-	-

Diabetes	1	3.2	-	-
Cardiopatía	1	3.2	-	-
Hipertiroidismo/ Hipotiroidismo	4	12.9		-
Alergia	2	6.5	-	-
Outra	11	35.5	-	-

2.2.Procedimento

O presente estudo foi realizado numa amostra recolhida à priori no contexto de um estudo mais amplo sobre o papel dos processos psicológicos inerentes aos modelos contextuais comportamentais na manutenção de sintomatologia psicopatológica em pessoas com doença crónica. Neste sentido, o estudo onde este estudo se insere teve a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O presente estudo foi realizado numa amostra da população geral sem doença crónica ($n=63$) e com doença crónica ($n=31$). Ambas as amostras são não probabilísticas e foram recolhidas por conveniência. A amostra da população geral foi recolhida via redes sociais e a amostra da população com doença crónica foi recolhida online junto de grupos de pessoas com doença crónica (e.g., grupos de facebook e páginas de associações com essa população) entre novembro de 2019 e abril de 2020.

Os participantes foram convidados a participar através de anúncios online partilhados pela equipa de investigação nas redes sociais e em grupos de associações de pacientes com doença crónica. Os participantes foram informados numa primeira página do questionário de autorresposta online qual a população alvo do estudo. Foi assegurado o caráter voluntário da sua participação, assim como o anonimato das suas respostas. Os participantes providenciaram o consentimento informado antes de participarem no estudo. Foi ainda assegurada a confidencialidade dos dados através de informação de que apenas os investigadores diretamente envolvidos no estudo teriam acesso à base de dados e que qualquer atividade de divulgação não iria veicular informação identificativa dos participantes.

2.3.Instrumentos

2.3.1. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS)

A *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form* (DASS-21) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro et al., (2004). Este instrumento é composto por 3 sub-escalas com 7 itens cada, resultando num total de 21 itens. A primeira sub-escala é a *Depressão* (e.g. item 3 “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo), a *Ansiedade* (e.g., item 2 “Senti a boca seca”), e o *Stresse* (e.g., item 1 “Tive dificuldades em me acalmar”). Os itens propõem-se a avaliar a totalidade de sintomas de depressão, ansiedade e stress. Níveis mais elevados em cada subescala correspondem a estados afetivos mais negativos. É solicitado aos participantes que avaliem, através de uma cruz e utilizando uma escala tipo Likert de 4 pontos (de 0= “Não se aplica a mim” a 3= “Aplica-se a mim na maior parte das vezes”), em que medida experimentaram os sintomas apresentados nos itens, na semana passada. O instrumento original demonstrou boas consistências internas ($\alpha_{\text{DEP}} = 0.88$; $\alpha_{\text{ANX}} = 0.82$; $\alpha_{\text{STR}} = 0.90$; Lovibond e Lovibond, (1995), assim como a validação portuguesa ($\alpha_{\text{DEP}} = 0.85$; $\alpha_{\text{ANX}} = 0.74$; $\alpha_{\text{STR}} = 0.81$; Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo foram encontrados alfas de cronbach ($\alpha_{\text{DEP}} = .93$; $\alpha_{\text{ANX}} = .92$; $\alpha_{\text{STR}} = .91$).

2.3.2. Questionário de Ação Comprometida (CAQ-8)

O *The Committed Action Questionnaire* (CAQ-8) foi desenvolvido por McCracken et al., (2014) e a versão portuguesa por Trindade et al., (2017). Este instrumento pretende avaliar a Ação Comprometida, um processo da flexibilidade psicológica. É uma medida de autorresposta com 8 itens de duas subescalas, a positiva que inclui os itens 1,2,3 e 4 (e.g., item 1 “Posso permanecer comprometido com os meus objetivos, mesmo quando há momentos em que não consigo alcançá-los”) e a negativa que inclui os itens 5,6,7 e 8 (e.g., item 7 “Se eu me sinto angustiado ou desanimado, deixo os meus compromissos de lado”). É solicitado aos participantes que indiquem a precisão de cada item relativamente à sua capacidade de manter ou mudar os seus comportamentos dirigidos a metas, numa escala tipo Likert de 7 pontos (de 0= “Nunca verdadeiro” a 6= “Sempre verdadeiro”). Níveis mais elevados sugerem mais ação comprometida. Esta medida apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0.96$; McCracken et al., 2014). A versão portuguesa também demonstrou boas propriedades psicométricas (α s entre 0.79 e

0,86 em amostras clínicas e saudáveis, respetivamente; Trindade et al., 2017). No presente estudo foi encontrado um alfa de cronbach de $\alpha = .90$.

2.3.4 Avaliação abrangente dos processos de Terapia de Aceitação e Compromisso- Escala de Avaliação Compreensiva dos Processos da Terapia da Aceitação e Compromisso (CompACT)

O *CompACT* foi desenvolvido por Francis et al., (2016) e a versão portuguesa por Trindade et al., (2020) e avalia a flexibilidade psicológica. É composto por 23 itens de 3 subescalas. A escala *Abertura à experiência* (e.g., item 1 “Digo a mim mesmo que não deveria ter certos pensamentos (R)”), a *Consciência Comportamental* (e.g., item 15 “Parece que estou a “funcionar no modo automático” sem muita consciência do que estou a fazer”) e a *Ação Valorizada* (item 26 “Eu comporto-me de acordo com os meus valores pessoais”). O questionário apresenta uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos (0= “Discordo totalmente” a 6= “Concordo totalmente”). Demonstrou excelente consistência interna relativamente à escala global ($\alpha = 0.91$) e para cada subescala respetivamente ($\alpha = 0.90, 0.87$ e 0.90). A versão portuguesa ($\alpha = 0.84$) (Trindade et al., 2020). Pontuações mais elevadas sugerem maior flexibilidade psicológica. No presente estudo foram encontrados os seguintes alfas de cronbach ($\alpha_{AE} = .84$; $\alpha_{CC} = .73$; $\alpha_{AV} = .91$).

2.4. Estratégia Analítica

A análise estatística foi realizada através do software IBM SPSS, versão 27. Uma análise de dados preliminar foi realizada para avaliar não apenas a normalidade dos dados, assim como a presença de outliers extremos. Não foram consideradas violações severas à normalidade valores de assimetria inferiores a 3 e de curtose inferiores a 8-10 (Tabacknick & Fidel, 1996). A presença de outliers extremos foi avaliada através da representação gráfica das frequências (e.g., caixa de bigodes). Após a condução da análise principal do presente estudo com e sem os outliers extremos, a decisão de manter os outliers foi tomada, uma vez que o resultado não diferiu significativamente, mantendo desta forma a variabilidade das observações (Hair et al., 1998).

De forma a testar as três primeiras hipóteses deste estudo, foram conduzidos testes *t* para amostras independentes. Diferenças significativas entre as duas amostras foram consideradas quando valor de $p < 0.05$ (Fisher, 1973). A magnitude do efeito das

diferenças foi analisada através do cálculo do d de Cohen (> 1 muito elevado; $]0.5; 1.0]$ elevado; $]0.2; 0.5]$ médio e ≤ 0.2 pequeno) (Cohen, 1988).

De forma a calcular associação entre sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica, foram realizadas correlações bivariadas. A magnitude do efeito foi analisada através do cálculo do coeficiente de Pearson ($0.1 < r < 0.3$ efeito pequeno; $0.3 < r < 0.5$ efeito médio; $r \geq 0.5$ efeito grande).

3. Resultados

3.1. Análise preliminar: normalidade e valores extremos

Foram realizados testes à normalidade de distribuição das variáveis intervalares em estudo, separadamente por amostra com doença crónica e amostra sem doença crónica. No que diz respeito à Ação comprometida, na amostra sem doença crónica o teste de Kolmogorov-Smirnov sugeriu uma distribuição não normal ($p=.040$). No entanto, os valores de assimetria ($Sk= 0.15$) e de achatamento ($Ku= 1.21$) sugerem que não existe violação severa da normalidade (Kline, 2005). No que diz respeito à normalidade de distribuição da Ação comprometida na amostra com doença crónica, o teste Shapiro Wilks, sugeriu a presença de uma distribuição normal ($p=0.13$), e valores de assimetria ($Sk= .86$) e de achatamento ($Ku= 1.2$), que corroboram a normalidade de distribuição.

No que diz respeito à Escala de ansiedade, depressão e stresse, a subescala depressão da amostra com doença crónica sugeriu uma distribuição não normal ($p= .015$) através do resultado do teste Shapiro Wilks. No entanto, ao analisar os valores de assimetria ($Sk= -1.16$) e de achatamento ($Ku= 1.68$), é possível concluir que não existe violação severa à normalidade. No que diz respeito à normalidade de distribuição da depressão na amostra sem doença crónica, o resultado do teste Kolmogorov-Smirnov sugeriu a presença de uma distribuição não normal ($p= <.001$). Contudo, ao analisar os valores de assimetria ($Sk= -2.06$) e de achatamento ($Ku= 6.11$), é possível concluir que não existe violação severa à normalidade. No que concerne à normalidade da subescala ansiedade na amostra com doença crónica, o teste de normalidade Shapiro Wilks sugeriu uma distribuição normal ($p=.57$), apresentando valores de assimetria ($Sk= -.37$) e de achatamento ($Ku= -.21$), que corroboram a normalidade da distribuição. Na amostra da população sem doença crónica o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov demonstrou existir uma distribuição normal ($p=.06$) e valores de assimetria ($Sk= -5.16$) e de

achatamento ($Ku = .39$) que corroboram a existência de normalidade. Relativamente à normalidade da subescala stress na população com doença crónica, o resultado do teste Shapiro Wilks sugeriu uma distribuição normal ($p = .67$), apresentando valores de assimetria ($Sk = -.04$) e de achatamento ($Ku = -.83$), que corroboram a normalidade de distribuição. Na amostra da população sem doença crónica o teste de Shapiro Wilks demonstrou existir uma distribuição normal ($p = .200$) e valores de assimetria ($Sk = -.80$) e de achatamento ($Ku = .85$) que corroboram a existência de normalidade.

Relativamente à normalidade da escala CompACT, na subescala abertura à experiência na amostra com doença crónica, o resultado do teste Shapiro Wilks sugeriu uma distribuição normal ($p = .200$) e valores de assimetria ($Sk = .01$) e achatamento ($Ku = -.90$), que corroboram a normalidade de distribuição. Na amostra da população sem doença crónica, o resultado do teste Kolmogorov-Smirnov sugeriu uma distribuição não normal ($p = .03$), contudo ao analisar os valores de assimetria ($Sk = -.001$) e curtose ($Ku = -1.43$), é possível concluir que não existe violação severa à normalidade. Na subescala consciência comportamental, a amostra com doença crónica, o resultado do teste Shapiro Wilks sugeriu uma distribuição não normal ($p = .01$), no entanto ao analisar os valores de assimetria ($Sk = -.44$) e curtose ($Ku = -.77$), é possível concluir que não existe violação severa à normalidade. Na amostra da população sem doença crónica, o resultado do teste Kolmogorov-Smirnov sugeriu uma distribuição não normal ($p = .04$). Contudo, ao analisar os valores de assimetria ($Sk = -.60$) e curtose ($Ku = -.61$), é possível concluir que não existe violação severa à normalidade. Relativamente à normalidade da subescala Ação valorizada na amostra com doença crónica, o teste de normalidade sugeriu distribuição não normal ($p < .001$). Contudo, através dos valores de assimetria ($Sk = -1.72$) e achatamento ($Ku = 3.51$) podemos concluir que não existe violação severa à normalidade. Na amostra sem doença crónica, o teste de normalidade sugeriu distribuição não normal ($p = .005$), contudo a assimetria ($Sk = -1.03$) e curtose ($Ku = .95$) sugerem não existir violação severa à normalidade.

A análise descritiva realizada de forma a identificar valores extremos, encontrou a presença de três outliers moderados na escala CAQ na amostra da população sem doença crónica (participantes 9, 35 e 61), e encontrou a presença de um outlier moderado na amostra da população sem doença crónica (participante 81).

Relativamente ao EADS, na amostra com doença crónica foi encontrada a presença de dois outliers moderados na subescala da depressão (participantes 64 e 81). Na amostra da população sem doença crónica, a análise descritiva demonstrou a presença de um outlier extremo na depressão (participante 9) e dois moderados (participantes 25 e 55), identificou a presença de um outlier moderado na ansiedade (participante 55) e identificou a presença de dois outliers moderados no stress (participantes 25 e 55).

Em relação ao CompACT, foram identificados três outliers moderados na amostra da população sem doença crónica, na subescala Ação valorizada (participantes 9, 25 e 55).

Apesar da presença destes outliers e uma vez que os resultados das correlações assim como das diferenças de médias não apresentaram diferentes resultados com e sem outliers, decidimos manter estes participantes.

3.2. Teste de diferenças entre pessoas com doença crónica e pessoas sem doença crónica

O teste t para amostras independentes, descrito na tabela 2, foi realizado para comparar médias entre as amostras de participantes com doença crónica e sem doença crónica. Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra com doença crónica e a amostra sem doença crónica relativamente à Ação Comprometida $t(92) = -.94, p = .35$. Relativamente à Flexibilidade Psicológica, os resultados dos testes t revelaram não existir diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com doença crónica e os participantes sem doença crónica, na dimensão Abertura à Experiência $t(92) = -.45, p = .65$, na dimensão Consciência Comportamental $t(92) = -.04, p = .97$ e na dimensão Ação Valorizada $t(92) = -.89, p = .37$. No que concerne à Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse, os testes t revelaram não existir diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com doença crónica e os participantes sem doença crónica, na dimensão Depressão $t(92) = 1.62, p = .11$, na dimensão Ansiedade $t(92) = -.38, p = .71$ e na dimensão Stress $t(92) = -.39, p = .09$.

Tabela 2

Médias, desvios padrão e testes t para amostras independentes entre grupos com doença crónica e sem doença crónica.

	Com doença crónica		Sem doença crónica		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
1. Ação Comprometida	27,32	4,54	26,44	4,14	-.94	.68
2. Abertura à experiência	29,58	13,14	30,77	11,69	.45	.17
3. Consciência comportamental	18,29	9,04	18,22	7,99	-.04	.41
4. Ação valorizada	33,87	10,77	35,84	9,63	.90	.23
5. Depressão	24,29	7,03	26,55	6,06	1.61	.33
6. Ansiedade	21,74	8,23	21,09	7,57	-.40	.53
7. Stress	21,96	8,76	22,65	7,28	.40	.14

Nota. Ação Comprometida= CAQ-8; Consciência comportamental, Abertura à experiência, Ação valorizada= CompACT; depressão, ansiedade e stress= EADS.

3.3. Correlações entre as variáveis em estudo

3.3.1. Correlações entre as variáveis na amostra de participantes com doença crónica

A partir das análises das correlações produto-momento de Pearson descritas na tabela 3, verifica-se que a dimensão Abertura à Experiência apresenta correlações positivas com magnitude de efeito elevada com a Consciência Comportamental. No entanto, constata-se que a Abertura à Experiência apresenta correlações negativas de magnitude elevada com a Ansiedade e Stress. Verificou-se que a dimensão Consciência Comportamental está negativamente correlacionada e apresenta uma magnitude de efeito elevada com a Ansiedade e com o Stresse. A Ação Valorizada apresenta correlações positivas de magnitude elevada com a Depressão, assim como a Ansiedade relativamente

ao Stresse. A Depressão apresenta correlações positivas de magnitude média com a Ansiedade.

3.3.2. Correlações entre as variáveis na amostra de participantes sem doença crónica

No que concerne à Sintomatologia Psicopatológica, a Depressão encontra-se positivamente correlacionada com a Ação Comprometida, apresentando uma magnitude de efeito média. A depressão encontra-se negativamente correlacionada com a Consciência Comportamental, com magnitude de efeito pequena e encontra-se positivamente correlacionada com a Ação valorizada, apresentando uma magnitude de efeito elevada. Quanto à Ansiedade, encontra-se positivamente correlacionada com a Ação Comprometida e com a Depressão, com magnitudes de efeito médias. Encontra-se igualmente positivamente correlacionada com a Ação Valorizada, com magnitude de efeito pequena. Encontra-se, no entanto, negativamente correlacionada com a Abertura à Experiência e com a Consciência Comportamental, com magnitudes de efeitos elevados. No que concerne ao Stress, verificam-se correlações positivas de magnitude média com a Ação Comprometida e com a Depressão. Encontra-se, também, positivamente correlacionado, mas de magnitude elevada com a Ansiedade. Encontra-se, no entanto, negativamente correlacionado, com magnitudes de efeito elevadas com a Abertura à Experiência e com a Consciência Comportamental.

Tabela 3

Coeficientes de correlação produto-momento de Pearson entre amostra com doença crónica (n= 31; lado superior da tabela) e amostra sem doença crónica (n= 63; lado inferior da tabela)

	1	2	3	4	5	6	7
1.Ação Comprometida	-	.19	.12	-.22	-.31	-.21	-.25
2.Abertura à experiência	-.24	-	.70***	.19	.02	-.72***	-.83***
3.Consciência comportamental	-.20	.62***	-	.23	-.09	-.68***	-.77***
4.Ação valorizada	.35**	.15	.19	-	.90***	.27	.18
5.Depressão	.34**	-.03	-.28*	.82***	-	.43*	.35
6.Ansiedade	.36**	-.71***	-.67***	.29*	.46***	-	.83***
7.Stress	.31*	-.80***	-.69***	.21	.41***	.75***	-

Nota. *p<.05; ** p <.01; *** p <.001; 1. Ação Comprometida= CAQ-8; Consciência do comportamento, Abertura à experiência, Ação valorizada= CompACT; depressão, ansiedade e stress = EADS.

4. Discussão

A investigação tem sugerido que a psicopatologia, principalmente sintomatologia ansiosa e depressiva afetam uma grande quantidade da população portuguesa geral (Almeida & Xavier, 2013) e que a doença crónica representa um fator de risco para o desenvolvimento desta sintomatologia (Clarke & Currie, 2009). No sentido de colmatar esta questão, a ACT tem demonstrado ser eficaz na promoção e adaptação do paciente a uma condição de doença crónica e na melhoria do seu bem-estar, estando associado a esta menos sintomatologia psicopatológica (Bond & Bunce, 2000). No entanto é necessária mais investigação para uma melhor compreensão dos processos subjacentes ao modelo de FP na compreensão da psicopatologia, sendo a ação comprometida um dos processos menos estudados (Trindade et al., 2017) no contexto de condição de doença crónica. Neste sentido e com o objetivo de contribuir para colmatar essa lacuna no conhecimento científico, este estudo pretendeu estudar se o nível de compromisso com ação valorizada difere entre a amostra da população geral e a amostra da população com doença crónica, assim como perceber se, nestas populações, existem diferenças relativamente à sintomatologia psicopatológica e FP e, se nestas populações, existem correlações quanto à sintomatologia psicopatológica e FP.

Os resultados obtidos não corroboraram a hipótese de que existem diferenças nos níveis de compromisso com ação valorizada entre as amostras. Atualmente, não existe muita literatura sobre a ação comprometida para que a nossa hipótese possa ou não ser corroborada pela literatura. No entanto, era expectável que o nível de compromisso fosse maior na população sem doença crónica da população geral, uma vez que na população com doença crónica pode ser mais difícil comprometer-se em atividades valorizadas, pois podem induzir a dor (Vlaeyen & Linton, 2000). O resultado pode dever-se à não equivalência no tamanho da amostra clínica e não clínica.

No mesmo sentido, os resultados também não sugeriram existir diferenças significativas entre a amostra com e sem doença crónica no que concerne à sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica. É de referir que os resultados de estudos anteriores têm sido divergentes, sendo que a literatura demonstra que a prevalência de perturbações psiquiátricas em pessoas que possuem diabetes possa ser comparada à prevalência observada na população geral (Andreoulakis et al., 2012) e demonstra ainda

que normalmente a sintomatologia psicopatológica é descrita como tendo maior prevalência de perturbações de humor e ansiedade (Lin et al., 2008; Goldney et al., 2003) em pessoas com diabetes (Andreoulakis et al., 2012; Collins et al., 2009). No que concerne à flexibilidade psicológica, seria espectável que os resultados demonstrassem maiores níveis na amostra sem doença crónica, uma vez que para pacientes com doença crónica, devido às exigências da doença, pode ser difícil manter-se, de forma consciente, num determinado comportamento que vai de acordo com os seus valores. Este resultado pode dever-se ao facto de que as amostras não são equivalentes em termos numéricos, seno que a amostra com doença crónica (n=31) é muito inferior à amostra da população sem doença crónica (n=64), o que também pode ter contribuído para o resultado não significativo.

Os resultados obtidos não corroboram a hipótese de que a associação entre sintomatologia psicopatológica e flexibilidade psicológica seja superior em pessoas com doença crónica quando comparado a pessoas da população geral. Os resultados do estudo com a amostra da população com doença crónica demonstraram existir associação negativa entre o nível de FP (dimensões consciência comportamental e abertura à experiência) e o nível de sintomatologia ansiosa e stress, o que demonstra que níveis mais elevados de FP estão associados a níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica, o que é corroborado na literatura (Feros et al., 2013). Demonstrou ainda que a ação valorizada está positivamente associada à depressão, o que não se encontra corroborado na literatura. De facto, a literatura sugere que diversos fatores psicológicos, nomeadamente a flexibilidade psicológica, apresentam um papel importante na relação entre doença crónica e sintomatologia psicopatológica (Ridder & Geenen, 2008). Neste caso, o resultado pode dever-se ao facto de um indivíduo com doença crónica não ser capaz, naquele momento, de agir de acordo com valores selecionados, por exemplo, na toma da medicação, o que pode resultar, por sua vez, em sintomatologia depressiva. No caso da amostra da população sem doença crónica, os resultados mostram-se mais divergentes, sendo que quando a sintomatologia psicopatológica aumenta, a ação comprometida também aumenta, o que pode estar relacionado com o facto de os indivíduos não conseguirem envolver-se em padrões de ação comprometida com os seus próprios valores (Hayes et al., 2006), levando a uma vida que parece sem propósito, podendo conduzir à psicopatologia (maior depressão) (McCracken, 2013; Trompetter et al., 2013). Os

resultados demonstraram ainda existir associações negativas entre o nível de consciência comportamental e os níveis de depressão e stress, o que demonstra que quanto maior o nível de consciência comportamental menor será o nível de depressão e o stress, o que é corroborado através literatura (Feros et al., 2013). Uma vez que o indivíduo consiga tornar as suas experiências difíceis mais flexíveis, as suas ações tornar-se-ão mais conscientes e consistentes com os seus valores, o que pode resultar em níveis inferiores de sintomatologia psicopatológica. No que concerne à ansiedade, os resultados indicam que, na amostra da população sem doença crónica, níveis mais elevados de ansiedade estão associados a níveis mais elevados de abertura à experiência e de consciência comportamental, o que pode dever-se à dificuldade de conseguir lidar com as experiências internas mais difíceis, devido à fusão cognitiva.

4.1. Limitações do estudo

Contudo, é importante considerar algumas das limitações presentes no nosso estudo. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra ser heterogéneo, sendo constituído maioritariamente por participantes sem condição de doença crónica (N=63), deste modo os resultados podem ser mais específicos para esta amostra e não generalizeis para condição de doença crónica. Estudos futuros deverão replicar o estudo com uma amostra mais homogénea. Em segundo lugar, o facto de se tratar de uma amostra por conveniência, o que pode comprometer a representatividade do estudo para a população em geral (Marôco, 2018). A terceira limitação que deve ser considerada é que a amostra é maioritariamente composta por mulheres, o que não representa a população total de indivíduos com e sem doença crónica. Estudos futuros devem ter em conta uma maior homogeneidade da amostra em termos de género. Estudos futuros deverão também utilizar uma amostra com mais participantes, sendo a nossa amostra constituída por apenas 93 participantes. Por fim, o facto de se tratar de um estudo transversal impossibilita o estabelecimento de relação causa efeito entre variáveis (Kazdin, 2017), pelo que estudos futuros devem replicar este estudo com desenho longitudinal, de modo a estabelecer relação entre as variáveis, permitindo concluir sobre a relação entre variáveis.

4.2. Implicações clínicas

Tendo em conta as limitações mencionadas, este estudo não demonstrou existirem diferenças significativas, contudo apresentou algumas associações relevantes.

A investigação demonstra que a flexibilidade psicológica, nomeadamente a ação comprometida (construto menos estudado) tem estado associados a bons indicadores de saúde mental em amostras clínicas e não clínicas. Os resultados do nosso estudo demonstram a importância dos níveis da flexibilidade psicológica na diminuição da psicopatologia, tanto em amostras clínicas como não clínicas.

De acordo com isto torna-se importante que do ponto de vista das implicações para a prática clínica, sejam desenvolvidos mais estudos acerca da ação comprometida, principalmente na população com doença crónica, uma vez que nesta amostra se torna mais difícil envolver-se ou agir de acordo com os seus valores devido às exigências impostas pela doença, de forma a desenvolver programas de intervenção eficazes na prevenção ou diminuição da psicopatologia.

4.3. Conclusão

O presente estudo é proveitoso para uma melhor compreensão dos processos subprocessos da flexibilidade psicológica, mais concretamente da ação comprometida, e para compreender a importância dos mesmos na sintomatologia psicopatológica. Ainda que os resultados do nosso estudo não tenham demonstrado diferenças estatisticamente significativas, a literatura demonstra a importância de continuar a estudar estes construtos de forma a desenvolver programas de intervenção eficazes no sentido da prevenção ou diminuição da psicopatologia em ambas as amostras da população.

Referências bibliográficas

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., ... Leplège, A. (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), 283–298. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000018472.46236.05>.

Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Andreoulakis, E., Hyphantis, T., Kandylis, D. & Iacovides, A. (2012). Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*, 16 (3), 205-214. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738724/>.

A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. [10.1159/000365764](https://doi.org/10.1159/000365764).

Bach, P. & Hayes, S. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*.

Bond, F., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol*.

Bond, FW, & Bunce, D. (2003). O Papel da Aceitação e Controle do Trabalho na Saúde Mental, Satisfação no Trabalho e Desempenho no Trabalho. *Journal of Applied Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>.

Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*. http://dx.doi.org/10.1300/J075v26n01_02.

Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190(7 Suppl), S54–S60. 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2º ed.). L. Erlbaum Associates.

Collins, M., Corcorant, P., & Perry, IJ. (2009) Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Diabetes. *Diabetic Medicine*. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x>.

Coutinho, M., Trindade, A. I., & Ferreira, C. (2021). Experiential avoidance committed action and quality of life: Differences between college students with and without chronic illness. *Journal of Health Psychology*. Vol. 26(7) 1035-1045. 10.1177/1359105319860167.

Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Thera*. New Harbinger Publications.

Dahl, J. A. (2015). Valuing in ACT. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.001>.

Dahl, J., Wilson, K., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behav Ther*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80020-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80020-0).

Dindo, L., Marchman, J., Grindes, H., & Fiedorowicz, J. (2014) A brief behavioral intervention targeting mental health risk factors for vascular disease: a pilot study. *Psychother Psychosom*. [10.1159/000371495](https://doi.org/10.1159/000371495).

Feros, D. L., Lane, L., & Ciarrochi, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*.

Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*. [https://doi.org/ 10.1016/j.jcbs.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.05.003).

Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*. [doi:10.1016/j.jcbs.2017.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003).

Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, et al. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Med J Aust* 2003.

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>.

Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1053–1060.

Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (1998). *Multivariate Data Analysis* (8^o ed). Cengage Books.

Hofmann, G. S., & Hayes, S. C. (2018). The future of intervention science: process-based therapy. *Clinical Psychological Science*. [10.1177/2167702618772296](https://doi.org/10.1177/2167702618772296).

Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (2012). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*. [doi:10.1007/BF03395305](https://doi.org/10.1007/BF03395305).

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. (2º ed). Guilford Press: New York.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 1, 1–25. 10.1016/j.brat.2005.06.006.

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. The Guilford Press: New York.

Hayes, S., Wilson, K., Strosahl, K., Gifford, E., & Follette, V. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152– 1168.

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hayes, S, C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition. *Plenum Press, New York*.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*, Lisboa, INE.

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. 10.1016/j.beth.2012.05.003.

Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire–Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of contextual behavioral science*. DOI: 10.1016/j.jcbs.2013.11.003.

Lin, E., Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Anthony, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., Karam, E., Lara, C., Lee, S., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Scott, K., Watanabe, M., & Williams, D. (2008) Mental Disorders Among Persons with Diabetes – Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*. 10.1016/j.jpsychores.2008.06.007.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. 10.1016/0005-7967(94)00075-u.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. *New Harbinger Publications*.

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª edição). ReportNumber.

McCracken, L. (Ed.). (2011). Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: current theory and practice. *New Harbinger Publications*.

McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *International Association for the Study of Pain*. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00146-2).

McCracken, L. M. (2013). Committed action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, 14(8), 828–835. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.02.009>.

McCracken, L. M., Chilcot, J., & Norton, S. (2015). Further development in the assessment of psychological flexibility: A shortened Committed Action Questionnaire (CAQ8). *European Journal of Pain*, 19(5), 677-685. <https://doi.org/10.1002/ejp.589>.

Mitsonis, C., Dimopoulous, N. & Psarra, V. (2009). Clinical implications of anxiety in diabetes: A critical review of the evidence base. *European Psychiatry*, 24(1), 526.

Mitsonis, C., Dimopoulous, N. & Psarra, V. (2009). Clinical implications of anxiety in diabetes: A critical review of the evidence base. *European Psychiatry*, 24(1), 526.

National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp90syn.htm>.

Öst, L. -G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>.

Öst, L. -G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. [10.1016/j.brat.2009.07.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.020).

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551– 603.

Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8).

Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A., Penninx, B. (2016). Is experiential avoidance a mediating, moderating, independent, overlapping, or proxy risk factor in the onset, relapse and maintenance of depressive disorders?. *Cogn Ther Res*. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9747-8>.

Trindade, I.A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Developments on committed action: Validity of the CAQ-8 and analysis of committed action's role in depressive symptomatology in breast cancer patients and healthy individuals. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 25: e42–e50. 10.1002/cpp.2125.

Trindade, I. A. (2018). *Emotion Regulation and Chronic Illness: The Roles of Acceptance, Mindfulness and Compassion in Physical and Mental Health*. Universidade de Coimbra. PhD.

Trindade, I. A., Ferreira, N., Mendes, A. L., Ferreira, C., Dawson, D., & GolijaniMoghaddam, N. (2020). Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT): Measure refinement and study of measurement invariance across Portuguese and UK samples. Paper under review.

Trindade, I. A., Ferreira, N. B., Mendes, A. L., Ferreira, C., Dawson, D., & Golijani-Moghaddam, N. (2021). Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT): Measure refinement and study of measurement invariance across Portuguese and UK samples. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 30-36. 10.1016/j.jcbs.2021.05.002.

Trompetter, H. R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical and chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1235-1246. 10.1037/a0033813.

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

World Health Organization (WHO) (2018, junho 01). *Noncommunicable diseases*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther*.

Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100736>.

Zettle, R. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychol Rec*.