

MindFlex/ACT: Competências psicológicas pelo olhar da Terapia de Aceitação e Compromisso – Estudo exploratório

MindFlex/ACT: Psychological skills from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy – Exploratory study

Fábio Botelho Guedes^{1,2}, Margarida Gaspar de Matos^{1,2,3}, Ana Cerqueira^{1,2}, Tania Gaspar^{1,4}, Marta Raimundo¹, Cátia Branquinho^{1,2}, & Catarina Noronha¹

¹*Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Aventura Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), Lisboa, Portugal*

²*Católica Research Center for Psychological, Family and Social Wellbeing (CRC-W), Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica, Lisboa, Portugal*

³*Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion – APPsyCI, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal*

⁴*HEI-Lab – Digital Human-Environment Interacton Labs, Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal*

RESUMO

Uma vasta gama de estudos tem mostrado que a promoção da flexibilidade psicológica tem um impacto significativo e positivo na saúde mental. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), inserida na terceira vaga das Terapias Cognitivo-Comportamentais, constitui-se como um modelo que visa usar e promover a flexibilidade psicológica. O presente estudo pretende organizar e explorar uma nova escala de avaliação das competências psicológicas relacionadas com a flexibilidade psicológica, que denominamos de “MindFlex/ACT” e que foi concebida a partir de diversas escalas já usadas e validadas. Participaram neste estudo 1174 indivíduos, dos quais 78,4% (N=916) são do género feminino, com uma idade média de 38,45 anos (DP=14,00), compreendidos entre os 18 e os 75 anos. O estudo preliminar da Escala do Instrumento MindFlex/ACT mostrou uma boa consistência interna para todos as dimensões. Mostrou também interessantes resultados ao longo da vida, e na sua relação com outros indicadores de saúde psicológica e comportamentos de saúde associados ao estilo de vida, sugerindo o seu interesse para a prática clínica e educativa, no âmbito da saúde psicológica, estando neste momento em curso a sua redução para estudos epidemiológicos à população.

PALAVRAS CHAVE

Flexibilidade psicológica, ACT, Terapia Cognitivo-Comportamental; MindFlex/ACT.

ABSTRACT

A wide range of studies have shown that promoting psychological flexibility has a significant and positive impact on mental health. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a model in the third wave of Cognitive-Behavioral Therapies, is designed to foster psychological flexibility. The present study aims to organize and explore a new scale for assessing psychological skills related to psychological flexibility, called “MindFlex/ACT,” which was designed based on several existing and validated scales. 1174 individuals participated in this study; 78.4% (N=916) were female, with an average age of 38.45 years (SD=14.00), ranging from 18 to 75 years. The preliminary study of the MindFlex/ACT Instrument Scale revealed good internal consistency for all dimensions. It also showed interesting results across different life stages and its relationship with other indicators of psychological health and health behaviors associated with lifestyle. These findings suggest the potential utility of the scale in clinical and educational settings within the scope of psychological health. The scale reduction for use in epidemiological studies on the population is currently in progress.

KEYWORDS

Psychological flexibility, ACT, Cognitive-Behavioral Therapy; MindFlex/ACT.

Recibido: 03/07/2024; aceptado: 01/09/2024

Correspondencia: Fabio Botelho Guedes. Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Aventura Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), Lisboa, Portugal. E-mail: fabibotelhoguedes@gmail.com

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), inserida na terceira vaga das Terapias Cognitivo-Comportamentais, constitui-se como um modelo que visa usar e promover a flexibilidade psicológica, e que se tem mostrado extremamente eficaz numa vasta gama de problemáticas ligadas à saúde psicológica e bem-estar (Harris, 2006; Hayes et al., 1999; Hayes & Pierson, 2005). O objetivo da ACT é, simultaneamente, a promoção de uma vida com bem-estar e significado, e a aceitação de algum sofrimento que, inevitavelmente, ocorre ao longo da vida (Matos, 2024; Matos 2020a; Blackledge & Hayes, 2011; Harris, 2006; Hayes & Levin, 2012; Hayes et al., 1999). Este modelo não visa reduzir ou eliminar experiências interiores, mesmo dolorosas, o foco reside em mudar a relação da pessoa com as suas vivências internas, alterando o impacto dos pensamentos e sentimentos que considerados geradores de sofrimento (Harris, 2006; Hayes & Levin, 2012; Hayes et al., 1999). A ACT recorre a seis processos de mudança, com o objetivo de promover a flexibilidade psicológica: aceitação, cisão, eu como contexto, contacto com o momento presente, os valores e ação comprometida (Hayes et al., 2006; Matos, 2020a; Matos 2024).

Uma vasta gama de estudos tem mostrado que a promoção da flexibilidade psicológica tem um impacto significativo e positivo na saúde mental, uma vez que promove competências relevantes para lidar e gerir os desafios (Dahl et al., 2004; Harris, 2006; Hayes, 2019; Lucas & Moore, 2020; Twohig et al., 2006). A flexibilidade psicológica mostra-se útil na distinção entre pensamentos e comportamentos preju-

diciais e pouco valorativos, e os que funcionam e são promotores do bem-estar (Hayes, 2019). A flexibilidade psicológica ajuda o indivíduo a focar-se no momento presente, tornando-se mais resistente a experiências interiores prejudiciais e sendo mais capaz de identificar, nomear e gerir experiências negativas (Hayes, 2019). A ACT promove, então, uma perspetiva mais observadora, curiosa e apreciativa, e menos crítica e algo distanciada, dificultando a “fusão com as nossas etiquetas” (Hayes, 2019; Matos, 2020; Matos 2024).

No polo oposto, encontra-se a inflexibilidade psicológica. Esta tem sido reportada na literatura como promotora de maior sofrimento emocional e problemas de saúde física e psicológica (Hayes et al., 2006). A literatura sugere que pessoas que apresentam inflexibilidade psicológica, despendem muito recursos na evitação experiencial, desligando-se, assim, daquilo que valorizam (Petkus & Wetherell, 2013). O evitamento experiencial implica uma resistência do indivíduo em experienciar pensamentos, sensações e emoções consideradas desagradáveis ou indesejadas, evitando-se experiências internas importantes e, desta forma, afastando-se dos valores e objetivos importantes (Bond et al., 2011; Kashdan & Kane, 2011). Ao contrário da aceitação, o evitamento implica uma luta interna contra as experiências internas indesejadas, resultando num agravamento desses mesmos sintomas (Shalcross et al., 2010). O evitamento experiencial tem, assim, uma relação direta e inversa com a saúde mental e satisfação com a vida (Gamez et al., 2011; Graham et al., 2016; Sweeney, 2016) e é um fator promotor do aparecimento e manu-

tenção de perturbações psicológicas (Afari et al., 2019; Bohlmeijer et al., 2011; Woolf-King et al., 2019). Outro componente da inflexibilidade psicológica – a fusão cognitiva, referida na literatura como a tentativa de regulação excessiva dos pensamentos e comportamentos, em particular os que são causadores de sofrimento, – é promotora de comportamentos inflexíveis e rígidos, que, por sua vez, tornam o indivíduo menos capaz de agir de forma valorativa e consistente com o que lhe é verdadeiramente importante (Hayes et al., 2006).

O modelo de flexibilidade psicológica, sugere que competências como a cisão, o contacto com o momento presente, a aceitação, bem como os processos de mudança de comportamento que a ACT propõe, nomeadamente a identificação de valores e ações comprometidas, são particularmente úteis na redução do evitamento experiencial, ajudando a pessoa a ir de encontro ao que é verdadeiramente importante, mesmo que sintomas ansiosos estejam presentes (Matos, 2024; Matos, 2020a; Hayes et al., 2011; Hayes et al., 1996). Componentes como a aceitação experiencial e a cisão cognitiva, são reportados na literatura como preditores da satisfação com a vida (Lucas & Moore, 2020). Oposta ao evitamento experiencial, a atenção plena envolve a aceitação das experiências internas, sem resistência ou tentativas de as modificar, e é promotora da atenuação de sintomas psicopatológicos e sofrimento (Mahoney et al., 2015). Pessoas com níveis elevados de atenção plena e que, conscientemente, se focam no momento presente, tendem a fazer movimentos de aceitação, permitindo-lhes experimentar os pensamen-

tos e emoções desagradáveis sem evitamento ou julgamento, diminuindo os seus níveis de sofrimento (Mahoney et al., 2015).

A flexibilidade psicológica tem vindo a ser relatada na literatura como promotora de bem-estar e protetora contra variadas condições clínicas como a depressão, ansiedade, *stress* no local de trabalho, abuso de substâncias, ou problemas ligados ao sono (Bond & Bunce, 2000; Dahl et al., 2004; Harris, 2006; Hayes, 2019; Krafft et al., 2019; Larsson et al., 2022; Stockton et al., 2019; Twohig et al., 2006; Zettle & Raines, 1989). A flexibilidade psicológica e a cisão cognitiva são referidas na literatura como tendo um efeito mediador na redução dos sintomas ansiosos (Arch et al., 2012; Ruiz, 2010).

Em relação ao sono, a literatura tem apontado para um efeito protetor da flexibilidade psicológica no que diz respeito à qualidade do sono (Hayes, 2019). Numa revisão sistemática sobre o impacto da ACT na qualidade do sono, a maioria dos estudos apontou para um efeito positivo e significativo deste modelo no tratamento da insónia e aumento da qualidade do sono (Castronovo et al., 2018; Jacobsen et al., 2017; Khazaie & Zakiei, 2019; Lappalainen et al., 2019; Salari et al., 2020).

No que diz respeito ao consumo de substâncias, estudos mostram que a ACT é eficaz como complemento aos tratamentos ligados ao abuso de substâncias, é útil na manutenção da abstinência pós-tratamento, e é promotora da procura de tratamento quando se identifica um problema (Gifford et al., 2004; Hayes, 2019; Lee et al., 2015). A aceitação, enquanto competência psicológica, é particularmente útil na gestão do sofrimento (psicológico e

físico) ligado à abstinência. A literatura relata, que indivíduos com histórico de abuso ou dependência de álcool, apresentaram níveis mais elevados de evitamento experiencial (Levin et al., 2012, 2014). Para além disto, o evitamento experiencial apresenta também um efeito preditor de problemas relacionados com o consumo de álcool (Levin et al., 2012). De forma geral, a flexibilidade psicológica oferece uma alternativa na experiência de eventos internos, uma vez que o indivíduo aprende a gerir, de forma consciente, o que lhe causa sofrimento, em vez de se envolver no consumo de substâncias (Lee et al., 2015).

Neste sentido, o presente estudo pretende validar uma nova escala de avaliação das competências psicológicas relacionadas com a flexibilidade psicológica, concebida a partir da tradução e adaptação de diversas escalas já usadas e validadas, o “MindFlex/ACT” (Matos, 2020b). Esta escala pretende avaliar as competências psicológicas envolvidas na flexibilidade psicológica, e caracterizar a própria flexibilidade psicológica, numa perspetiva ao longo da vida.

Método

Este estudo faz parte de um estudo mais alargado sobre os estilos de vida, qualidade de vida, desenvolvimento positivo, aceitação e compromisso ao longo da vida que tem como principal objetivo o conhecimento do estado de saúde global, a identificação dos principais comportamentos de saúde e determinantes pessoais e socioambientais.

O estudo teve a aprovação da Comissão de Ética do CENC – Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica, Lda.

Todos os participantes aceitaram participar de forma voluntária tendo sido obtido o consentimento informado de todos. As respostas ao questionário foram obtidas *online* através de publicitação nas redes sociais e sua divulgação através de um processo de bola de neve, sempre de forma anónima.

Participantes

Participaram neste estudo 1174 indivíduos, dos quais 78,4% ($N=916$) são do género feminino, com uma idade média de 38,45 anos ($DP=13,99$), compreendidos entre os 18 e os 75 anos. Os participantes são adultos que referem residir em Portugal Continental, sendo que a maioria refere a nacionalidade Portuguesa, 97,4% ($N=1141$).

Em relação ao estado civil, 44,5% são solteiros, 44,8% referem ser casados ou viver em união de facto, 8,9% são divorciados ou separados e 1,9% viúvos. Ao nível da escolaridade, 2,5% não completou o ensino secundário, 19,1% têm até o ensino secundário concluído e 78,4% têm licenciatura, mestrado ou doutoramento.

22,4% têm alguma doença crónica ou condição crónica de saúde com impacto no seu dia a dia e 32,5% tomam algum tipo de medicação todos os dias.

Tabela 1
Variáveis e medidas em estudo

Variáveis	Medidas
Género	1 – Masculino; 2 – Feminino
Idade	1 – Até aos 45 anos; 2 – 46 ou mais anos
Embriaguez ao longo da vida (adaptada de Gaspar et al., 2022; Matos & Equipa Aventura Social, 2018)	1 – Não; 2 – Sim
Nível de <i>stress</i> (adaptada de Gaspar et al., 2022; Matos & Equipa Aventura Social, 2018)	Escala adaptada de Cantril (1965), constituída por 10 degraus, onde o degrau mais baixo (1) corresponde a “nada <i>stressante</i> ” e o degrau mais alto (10) a “muito <i>stressante</i> ”. A variável foi dicotomizada (Baixo <i>stress</i> , de 1 a 7) e (Elevado <i>stress</i> , de 8 a 10). 1 – Baixo <i>stress</i> ; 2 – Elevado <i>stress</i>
Qualidade de vida (QV) (adaptada de Gaspar et al., 2022; Matos & Equipa Aventura Social, 2018)	Escala adaptada de Cantril (1965), constituída por 10 degraus, onde o degrau mais baixo (1) corresponde a “muito má QV” e o degrau mais alto (10) a “muito boa QV”. A variável foi dicotomizada (QV baixa, de 1 a 7) e (QV elevada, de 8 a 10). 1 – QV baixa; 2 – QV elevada
Satisfação com a saúde (adaptada de Gaspar et al., 2022; Matos & Equipa Aventura Social, 2018)	Escala adaptada de Cantril (1965), constituída por 10 degraus, onde o degrau mais baixo (1) corresponde a “Muito insatisfeito” e o degrau mais alto (10) a “muito satisfeito”. A variável foi dicotomizada (Baixa saúde, de 1 a 7) e (Elevada saúde, de 8 a 10). 1 – Baixa saúde; 2 – Elevada saúde
Qualidade do sono (adaptada de Gaspar et al., 2022; Matos & Equipa Aventura Social, 2018)	A variável foi dicotomizada: Baixa qualidade do sono (Muito mau + Razoavelmente mau + Não é especialmente bom, nem mau) e Elevada qualidade do sono (Razoavelmente bom + Muito bom). 1 – Baixa qualidade do sono; 2 – Elevada qualidade do sono
Evitamento (Matos, 2020b; traduzida e adaptada de Bond et al., 2011 em Monestés & Villatte, 2011)	Escala com 10 itens (p. ex., “Tenho medo das minhas emoções” e “As minhas preocupações impedem-me de ter sucesso”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 pouco evitamento e 10 muito evitamento. Valores mais elevados revelam um maior evitamento na experiência de vida. $\alpha = .89$.
Fusão cognitiva (Matos, 2020b, traduzida e adaptada de Dempster et al., 2009 em Monestés & Villatte, 2011)	Escala com 28 itens (p. ex., “Os meus pensamentos fazem-me sofrer ou tornam-me triste” e “Luto contra os meus pensamentos”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 pouca fusão e 10 muita fusão. Valores mais elevados revelam uma maior fusão cognitiva, ou seja, uma maior colagem entre os eventos internos (como pensamento e sentimentos) e situações externas. $\alpha = .92$.
Falta de contacto com o presente (Matos, 2020b; traduzida e adaptada de Wilson et al., 2010 em Monestés & Villatte, 2011)	Escala com 15 itens (p. ex., “Parto ou entorno coisas porque estou a pensar noutra coisa” e “Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 muito contacto com o momento presente e 10 pouco contacto com o momento presente. Valores mais elevados revelam menor contacto com o momento presente. $\alpha = .91$.
Valores na vida (Matos, 2020b; traduzida e adaptada de Wilson et al., 2010 em Monestés & Villatte, 2011)	Escala com 10 itens (p. ex., “Relações familiares (para além do casamento e parentalidade)”, “Amigos/Relações sociais” e “Vida profissional”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 pouco alinhado com os seus valores e 10 extremamente alinhado com os seus valores. Valores mais elevados revelam uma ação mais alinhada com os seus valores. $\alpha = .81$.

Variáveis	Medidas
Flexibilidade (Matos, 2020b, a partir de Hayes & Strosahl, 2005)	Escala com 5 itens (p. ex., “Se de repente tiver de mudar planos porque me surge um imprevisto não fico inquieto(a) ou aborrecido(a)” e “Quando me telefonam numa altura em que estou embrenhado(a) noutra tarefa não fico incomodado(a)”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 muito pouco flexível e 10 muito flexível. Valores mais elevados revelam uma maior flexibilidade. $\alpha = .81$.
Curiosidade e abertura (Matos, 2020b, a partir de Hayes & Strosahl, 2005)	Escala com 5 itens (p. ex., “Sinto-me desafiado(a) e agradado(a) quando me propõem algo inovador” e “Gosto de me deixar surpreender por experiências, pessoas ou situações novas”), numa escala de Likert de 10 pontos, sendo 1 muito pouco curioso e 10 muito curioso. Valores mais elevados revelam uma maior curiosidade e abertura. $\alpha = .82$.

Medidas e variáveis

Tendo em conta o objetivo em estudo, foram consideradas as seguintes variáveis presentes na Tabela 1.

Análise de dados

Os dados foram analisados usando o *SPSS* versão 28 para IOS. Foi efetuada uma estatística descritiva, para caracterizar os participantes. De modo a explorar as relações entre as variáveis deste estudo, analisaram-se as correlações existentes, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Em seguida, para se verificar se existiam diferenças entre as variáveis sociodemográficas (i.e., género, idade, consumos, nível de *stress*, qualidade de vida, satisfação com a saúde, satisfação com a vida sexual e qualidade do sono) e as dimensões do MindFlex/

ACT utilizou-se a análise da variância (ANOVA). A associação entre a “flexibilidade psicológica”, a “curiosidade e abertura” e a “qualidade de vida”, com as variáveis sociodemográficas significativas para o estudo foi analisada através de modelos de regressão linear independentes, ajustados à idade e género, com um nível de significância de $p < 0.05$.

Resultados

A análise das sub-escalas do MindFlex/ACT (Tabela 2) mostrou uma boa consistência interna para todas as dimensões, com valores que variam entre $\alpha = 0,92$ na dimensão “fusão cognitiva” e $\alpha = 0,81$ na dimensão “valores na vida” e “flexibilidade”.

Verificam-se correlações significativas entre as sub-escalas do MindFlex/ACT (Tabela 3),

Tabela 2

Estatística descritiva das dimensões do MindFlex/ACT

Variáveis	Nº itens	N	Mín. – Máx.	M	DP	α
Evitamento	10	1174	15 – 93	45,22	15,99	.89
Fusão cognitiva	28	1174	29 – 241	127,62	38,44	.92
Falta de contacto com o presente	15	1174	15 – 150	62,89	25,51	.91
Valores na vida	10	1174	10 – 100	84,99	10,85	.81
Flexibilidade	5	1174	5 – 50	30,89	9,62	.81
Curiosidade e abertura	5	1174	5 – 50	38,45	7,03	.82

Abreviaturas: N, Número de participantes; Mín., Mínimo; Máx., Máximo; M, Média; DP, Desvio-Padrão.

Tabela 3
Correlação entre as dimensões do MindFlex/ACT

Variáveis	E	F	FCCP	VV	F	CA
Evitamento (MindFlex/ACT- E)	--					
Fusão cognitiva (MindFlex/ACT- FC)	0,798***	--				
Falta de contacto com o presente (MindFlex/ACT- FCCP)	0,532***	0,598***	--			
Valores na vida (MindFlex/ACT- VV)	-0,053	-0,112***	-0,086**	--		
Flexibilidade (MindFlex/ACT- F)	-0,451***	-0,518***	-0,513***	0,097***	--	
Curiosidade e abertura (MindFlex/ACT- CA)	-0,131***	-0,211***	-0,090**	0,366***	0,231***	--

com exceção da correlação entre a dimensão “evitamento” e a dimensão “falta de contacto com o presente”.

A correlação mais elevada é entre a dimensão “evitamento” e a dimensão “fusão cognitiva” ($r=0,798$) e a correlação mais baixa (e negativa) é entre a dimensão “falta de contacto com o presente” e a dimensão “valores na vida” ($r=-0,086$).

Na Tabela 4, encontra-se a descrição das variáveis moderadoras em estudo.

Género

A Tabela 5 foram encontradas diferenças significativas associadas ao género em quatro das dimensões do MindFlex/ACT: “evitamento”, “fusão cognitiva”, “falta de contacto com o presente” e “valores na vida”.

Tabela 4
Características da população

	% (n)
Género	
Masculino	21,6 (253)
Feminino	78,4 (916)
Idade	
Até aos 45 anos	51,5 (605)
46 ou mais anos	48,5 (569)
Stress	
Baixo	68,1 (800)
Elevado	31,9 (374)
Qualidade de vida (QV)	
Baixa	45,6 (535)
Elevada	54,4 (639)
Satisfação com a saúde	
Baixa	42,8 (503)
Elevado	57,2 (671)
Qualidade do sono	
Baixa	50,0 (587)
Elevada	50,0 (587)
Embriguez ao longo da vida	
Não	34,2 (401)
Sim	65,8 (773)

Tabela 5
ANOVA para comparação de médias – Diferenças de género

	Masculino		Feminino		F
	M	DP	M	DP	
Evitamento	41,47	15,32	46,22	16,00	17,81***
Fusão cognitiva	121,63	36,60	129,13	38,67	7,62**
Falta de contacto com o presente	59,30	25,76	63,86	25,38	6,36**
Valores na vida	82,97	11,97	85,58	10,44	11,59***
Flexibilidade	32,20	9,01	30,54	9,76	5,88**
Curiosidade e abertura	37,90	6,82	38,66	7,00	2,35

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

As mulheres apresentam mais evitamento e mais fusão cognitiva, mais falta de contacto com o presente e maior importância dos valores na vida, em comparação com os homens. Por outro lado, os homens apresentam maior flexibilidade.

Idade

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idade, em todas as subescalas em estudo (Tabela 6), com exceção da dimensão “valores na vida”.

Os indivíduos mais novos, apresentam mais evitamento, mais fusão cognitiva, e mais falta

de contacto com o presente, em comparação com os mais velhos. Por sua vez, os indivíduos mais velhos, apresentam uma maior flexibilidade.

Nível de stress

Verifica-se a existência de diferenças significativas entre o nível de *stress* (Tabela 7), em relação a todas as subescalas em estudo, com exceção da dimensão “curiosidade e abertura”.

Os indivíduos com um nível de *stress* mais baixo apresentam mais flexibilidade. São os indivíduos com elevado *stress* os que apresentam mais evitamento, mais fusão cognitiva,

Tabela 6
ANOVA para comparação de médias – Diferenças de grupo de idade

	Até aos 45 anos		46 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	
Evitamento	47,36	16,54	42,94	15,05	22,81***
Fusão cognitiva	135,32	38,82	119,43	36,30	52,28***
Falta de contacto com o presente	66,17	26,94	59,41	23,43	20,95***
Valores na vida	85,41	10,64	84,55	11,07	1,84
Flexibilidade	29,87	9,84	31,96	9,28	13,96***
Curiosidade e abertura	38,14	7,51	38,77	6,47	2,403

*** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

Tabela 7

ANOVA para comparação de médias – Diferenças de nível de stress

	Baixo stress		Elevado stress		F
	M	DP	M	DP	
Evitamento	42,20	14,63	51,68	16,83	97,09***
Fusão cognitiva	121,49	36,51	140,74	39,20	67,58***
Falta de contacto com o presente	58,59	23,12	72,10	27,88	76,09***
Valores na vida	84,34	11,35	86,39	9,57	9,17**
Flexibilidade	31,96	9,51	28,59	9,47	32,09***
Curiosidade e abertura	38,43	6,90	38,49	7,31	0,02

***p < 0,001; **p < 0,01

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

mais falta de contacto com o momento presente, e mais valores na vida.

Perceção de qualidade de vida

Foram encontradas diferenças significativas ligadas a qualidade de vida dos indivíduos e todas as dimensões em estudo (Tabela 8). Os indivíduos com uma maior qualidade de vida apresentam menos evitamento, menos fusão cognitiva, menos falta de contacto com o momento presente, mais valores na vida, mais flexibilidade, mais curiosidade/ abertura, quando comparados com os indivíduos com uma qualidade de vida baixa.

Satisfação com a saúde

Na Tabela 9, verifica-se a existência de diferenças significativas entre ter ou não satisfação com a saúde, em relação a todas as subescalas em estudo.

Os indivíduos com maior satisfação com a sua saúde apresentam menos evitamento, menos fusão cognitiva, menos falta de contacto com o momento presente, mais valores na vida, mais flexibilidade e mais curiosidade/ abertura quando comparados com os indivíduos com uma perceção de saúde mais baixa.

Tabela 8

ANOVA para comparação de médias – Diferenças da perceção de qualidade de vida

	Qualidade de vida baixa		Qualidade de vida elevada		F
	M	DP	M	DP	
Evitamento	50,40	16,04	40,88	14,59	113,06***
Fusão cognitiva	139,47	36,94	117,70	36,85	101,41***
Falta de contacto com o presente	67,99	26,36	58,63	23,99	40,45***
Valores na vida	82,81	11,26	86,82	10,16	41,10***
Flexibilidade	29,01	9,66	32,46	9,32	38,53***
Curiosidade e abertura	37,34	7,22	39,37	6,73	24,61***

***p < 0,001; * p < 0,05

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

Tabela 9

ANOVA para comparação de médias – Diferenças no grau de satisfação com a saúde

	Baixa satisfação com a saúde		Elevada satisfação com a saúde		
	M	DP	M	DP	F
Evitamento	49,64	16,51	41,90	14,73	71,44***
Fusão cognitiva	137,93	39,19	119,89	36,00	66,94***
Falta de contacto com o presente	67,65	26,59	59,33	24,09	31,37***
Valores na vida	82,66	11,91	86,74	9,64	42,05***
Flexibilidade	29,39	9,80	32,00	9,34	21,50***
Curiosidade e abertura	37,32	7,53	39,29	6,51	23,13***

*** $p < 0,001$

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

Qualidade do sono

Na Tabela 10, verifica-se a existência de diferenças significativas para a qualidade do sono, em relação todas as escalas em estudo.

Os indivíduos com uma maior qualidade do sono referem menos evitamento, menos fusão cognitiva, menos falta de contacto com o momento presente, mais valores na vida, mais flexibilidade e mais curiosidade/abertura.

Embriaguez/ Abuso de álcool

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a embriaguez e as dimensões “evitamento”, “falta de contacto com o presente” e “flexibilidade” (Tabela 11).

Os indivíduos que já se embriagaram ao longo da vida apresentam valores mais elevados de evitamento e de falta de contacto com o presente. Por sua vez, os indivíduos que referem não se terem embriagado ao longo da vida, apresentam maior flexibilidade.

Flexibilidade psicológica no MindFlex/ACT

Na Tabela 12, o modelo apresentado pretende explicar e compreender o valor preditivo das diferentes sub escalas do MindFlex/ACT para a flexibilidade psicológica. Encontrou-se um modelo ajustado, $F(7,1168)=91,20$; $p \leq 0,001$, apresentando um valor explicativo

Tabela 10

ANOVA para comparação de médias – Diferenças de qualidade do sono

	Baixa qualidade do sono		Elevada qualidade do sono		
	M	DP	M	DP	F
Evitamento	49,83	16,12	40,61	14,45	106,55***
Fusão cognitiva	138,49	38,07	116,74	35,64	102,07***
Falta de contacto com o presente	68,42	25,80	57,37	24,01	57,67***
Valores na vida	83,68	11,68	86,30	9,79	17,30***
Flexibilidade	29,25	9,41	32,52	9,57	34,99***
Curiosidade e abertura	37,55	7,29	39,34	6,65	19,40**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

Tabela 11

Análise ANOVA de comparação de médias – Diferenças embriaguez ao longo da vida

	Não		Sim		F
	M	DP	M	DP	
Evitamento	43,77	16,56	45,97	15,63	5,04*
Fusão cognitiva	126,48	38,13	128,21	38,60	0,53
Falta de contacto com o presente	59,83	26,25	64,49	25,00	8,87**
Valores na vida	84,76	11,82	85,11	10,32	0,27
Flexibilidade	31,91	10,44	30,36	9,13	6,01**
Curiosidade e abertura	37,98	7,41	38,69	6,82	2,67

***p < 0,001; **p < 0,01, *p < 0,05

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão.

de 35,1% da variância. O modelo foi ajustado ao género e à idade

Segundo este modelo, podemos verificar que a curiosidade e abertura tem uma associação positiva com a flexibilidade psicológica e por outro lado, a fusão cognitiva e a falta de contacto com o momento presente apresentam uma relação negativa com a flexibilidade psicológica.

Neste sentido, ter uma maior curiosidade e abertura, menos fusão cognitiva e maior contacto com o presente surge associado a uma maior flexibilidade psicológica.

Esta análise global (Tabela 12) foi feita ajustando para a idade e género, mas uma vez que na análise bivariada anterior (ver Tabela 5) foram encontradas diferenças nos grupos definidos pelo género apresentamos o mesmo modelo de regressão feito separadamente para homens e mulheres (ver Tabela 13 e 14).

Flexibilidade psicológica para o género masculino no MindFlex/ACT

Na Tabela 13, o modelo apresentado pretende explicar e compreender o valor preditivo das diferentes sub escalas do MindFlex/ACT para a flexibilidade psicológica no gé-

Tabela 12

Regressão linear das dimensões do instrumento MindFlex/ACT para o estudo da flexibilidade psicológica

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Evitamento	-0,04	0,02	-0,07	-1,83
Fusão cognitiva	-0,06	0,01	-0,24	-5,44***
Falta de contacto com o presente	-0,12	0,01	-0,32	-10,78***
Valores na vida	-0,01	0,02	-0,01	-0,46
Curiosidade e abertura	0,21	0,04	0,15	5,72***

Os resultados foram ajustados à idade e ao género.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo "enter".

***p ≤ 0.001

nero masculino. Encontrou-se um modelo, $F(6,252)=19,57; p \leq 0.001$, apresentando um valor explicativo de 31,0% da variância. O modelo foi ajustado à idade.

Segundo este modelo, podemos verificar que a fusão cognitiva e a falta de contacto com o momento presente apresentam uma relação negativa com a flexibilidade psicológica dos indivíduos do género masculino.

Neste sentido, ter uma menor fusão cognitiva e maior contacto com o presente surge associado a uma maior flexibilidade psicológica no género masculino. A Curiosidade e Abertura não se mostraram significativos no género masculino.

Flexibilidade psicológica para o género feminino no MindFlex/ACT

Na Tabela 14, o modelo apresentado pretende explicar e compreender o valor preditivo das diferentes sub escalas do MindFlex/ACT para a flexibilidade psicológica no género feminino. Encontrou-se um modelo, $F(6,915)=86,65; p \leq 0.001$, apresentando um va-

lor explicativo de 36,0% da variância. O modelo foi ajustado à idade.

Segundo este modelo, existe uma relação positiva entre a curiosidade e abertura e a flexibilidade psicológica para o género feminino. Por outro lado, a fusão cognitiva e a falta de contacto com o momento presente apresentam também no género feminino uma relação negativa com a flexibilidade psicológica.

Neste sentido, ter uma maior curiosidade e abertura, menos fusão cognitiva e maior contacto com o presente surge associado a uma maior flexibilidade psicológica no género feminino. Isto é no modelo global a Curiosidade e a Abertura aparecem como significativamente associados à Flexibilidade Psicológica, mas tal apenas ocorre no género feminino, apesar de, como se viu na Tabela 5, não haver diferenças de géneros para esta sub-escala.

Uma análise global (Tabela 13) foi feita ajustada para a idade e o género, *mas uma vez que na análise bivariada anterior (ver Tabela 6) foram encontradas diferenças nos grupos definidos pela idade, apresenta-se o mesmo modelo*

Tabela 13

Regressão linear das dimensões do instrumento MindFlex/ACT para o estudo da flexibilidade psicológica no género masculino

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Evitamento	-0,04	0,05	-0,06	-0,70
Fusão cognitiva	-0,07	0,02	-0,28	-2,96**
Falta de contacto com o presente	-0,11	0,02	-0,30	-4,27***
Valores na vida	0,06	0,05	0,07	1,30
Curiosidade e abertura	0,06	0,08	0,04	0,70

Os resultados foram ajustados à idade.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo enter".

** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Tabela 14

Regressão linear das dimensões do instrumento MindFlex/ACT para o estudo da flexibilidade psicológica no género feminino

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Evitamento	-0,04	0,03	-0,07	-1,58
Fusão cognitiva	-0,06	0,01	-0,23	-4,61***
Falta de contacto com o presente	-0,13	0,01	-0,33	-10,06***
Valores na vida	-0,03	0,03	-0,04	-1,21
Curiosidade e abertura	0,24	0,04	0,17	5,93***

Os resultados foram ajustados à idade.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo enter".

*** $p \leq 0.001$

de regressão feito separadamente para mais novos e mais velhos (ver Tabela 15 e 16).

Flexibilidade psicológica dos indivíduos mais novos no MindFlex/ACT

Na Tabela 15, o modelo apresentado pretende explicar e compreender o valor preditivo das diferentes sub escalas do MindFlex/ACT para a flexibilidade psicológica dos indivíduos mais novos. Encontrou-se um modelo, $F(6,599)=56,86$; $p \leq 0.001$, apresentando um valor explicativo de 35,9% da variância. O modelo foi ajustado ao género.

Tabela 15

Regressão linear das dimensões do instrumento MindFlex/ACT para o estudo da flexibilidade psicológica dos indivíduos mais novos

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Evitamento	-0,02	0,03	-0,04	-0,67
Fusão cognitiva	-0,06	0,02	-0,25	-4,37***
Falta de contacto com o presente	-0,13	0,02	-0,35	-8,49***
Valores na vida	-0,01	0,03	-0,01	0,27
Curiosidade e abertura	0,18	0,05	0,14	3,70***

Os resultados foram ajustados ao género.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo enter".

Segundo este modelo, podemos verificar que a fusão cognitiva e a falta de contacto com o momento presente apresentam uma relação negativa com a flexibilidade psicológica dos indivíduos mais novos. Por outro lado, a curiosidade e abertura apresenta uma relação positiva com a flexibilidade psicológica.

Neste sentido, ter uma menor fusão cognitiva, maior contacto com o presente e curiosidade e abertura surge associado a uma maior flexibilidade psicológica dos indivíduos mais novos.

Tabela 16

Regressão linear das dimensões do instrumento MindFlex/ACT para o estudo da flexibilidade psicológica dos indivíduos mais velhos

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Evitamento	-0,07	0,04	-0,12	-1,98*
Fusão cognitiva	-0,05	0,02	-0,20	-3,16**
Falta de contacto com o presente	-0,12	0,02	-0,29	-6,66***
Valores na vida	-0,01	0,03	-0,01	-0,38
Curiosidade e abertura	0,24	0,05	0,17	4,48***

Os resultados foram ajustados ao género.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo "enter".

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$; **** $p \leq 0.001$

Flexibilidade psicológica dos indivíduos mais velhos no MindFlex/ACT

Na Tabela 16, o modelo apresentado pretende explicar e compreender o valor preditivo das diferentes sub escalas do MindFlex/ACT para a flexibilidade psicológica dos indivíduos mais velhos. Encontrou-se um modelo, $F(6,568)=46,13$; $p \leq 0.001$, apresentando um valor explicativo de 32,3% da variância. O modelo foi ajustado ao género.

Segundo este modelo, existe uma relação positiva entre a curiosidade e abertura e a flexibilidade psicológica para os indivíduos mais novos. Por outro lado, o evitamento, a fusão cognitiva e a falta de contacto com o momen-

to presente apresentam também para os indivíduos mais velhos uma relação negativa com a flexibilidade psicológica.

Neste sentido, ter menor evitamento e fusão cognitiva, maior contacto com o presente e uma maior curiosidade e abertura surge associado a uma maior flexibilidade psicológica dos indivíduos mais velhos.

Flexibilidade psicológica e o estilo de vida

O modelo apresentado na Tabela 17 pretende explicar e compreender o valor preditivo das variáveis relativas ao estilo de vida na flexibilidade psicológica. O modelo inclui variáveis significativas nas análises bivaria-

Tabela 17

Regressão linear das variáveis relativas ao estilo de vida no estudo da flexibilidade psicológica

	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t
	B	Erro padrão	β	
Nível de stress	-2,19	0,61	-0,11	-3,61***
Qualidade de vida	2,04	0,61	0,12	3,38***
Satisfação com a saúde	1,01	0,60	0,05	1,67
Qualidade do sono	1,92	0,59	0,10	3,27***
Embriaguez ao longo da vida	-1,18	0,58	-0,06	-2,05*

Os resultados foram ajustados à idade e ao género.

As variáveis foram inseridas utilizando o modo "enter".

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$

da, ajustadas ao género e ao grupo de idade, $F(7,1168)=14,81$; $p \leq 0.001$, e apresenta um valor explicativo da variância de 7,6%.

Segundo este modelo, a flexibilidade psicológica é melhor explicada pela qualidade de vida e pela qualidade do sono. Por outro lado, o nível de *stress* e a embriaguez ao longo da vida, apresentam uma relação inversa com a flexibilidade psicológica.

Neste sentido, ter uma melhor perceção de qualidade de vida, melhor qualidade de sono, menos *stress* e não se ter embriagado ao longo da vida surgem associados a uma maior flexibilidade psicológica.

Discussão e conclusões

O presente estudo tem como objetivo explorar um conjunto de subescalas do Mind-Flex/ACT, instrumento desenhado a partir de escalas adaptadas referentes a diversas dimensões relacionadas com as competências psicológicas relevantes na Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT)/ Terapias Cognitivo-Comportamentais, relacionando-as com o género e a idade e algumas dimensões do estilo de vida e da perceção de saúde dos indivíduos.

O estudo contém algumas limitações que devem ser tidas em conta: 1) Trata-se de um estudo com dados de auto-reporte (onde é possível correr algum enviesamento por parte dos jovens); 2) É um estudo com um desenho transversal, não permitindo fazer inferências de causalidade; 3) Existiu um maior número de respostas por parte do género feminino, o que pode ocasionar algum enviesamento. Apesar destas limitações, o estudo apresenta um conjunto de vantagens: 1) É um estudo de grande

escala; 2) Segue uma metodologia rigorosa e todos os pressupostos éticos; 3) Contribui para um maior conhecimento da população adulta portuguesa sobre a flexibilidade psicológica e estilos de vida, qualidade de vida, ao longo da vida.

Os resultados revelam diferenças significativas para todas as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida em estudo: género, idade, consumos de substâncias (embriaguez), nível de *stress*, qualidade de vida, satisfação com a saúde e a qualidade do sono.

De acordo com o modelo ACT (Hayes, 2005) encontraram-se, conforme previsível, correlações positivas entre o evitamento, a fusão cognitiva e a falta de contato com o momento presente, e correlações com a flexibilidade e valores na vida. Com efeito, o evitamento e a fusão com o momento presente incluem-se num registo individual de afastamento de tudo o que pode implicar algum sofrimento, enquanto a proximidade com os valores da vida se encontra no registo de aproximação do que é importante.

A aproximação dos valores de vida e o abandono do registo de fusão cognitiva e de evitamento através de um aumento da flexibilidade psicológica é, na verdade, um dos objetivos da ACT (Harris, 2006; Hayes, 2005; Hayes et al., 1999).

Os homens descrevem-se como mais flexíveis, e concomitantemente com menos evitamento, menos fusão cognitiva e mais contacto com o momento presente. As mulheres aparecem como menos flexíveis, apesar de mais implicadas nos valores da vida.

Também os mais velhos se descrevem como mais flexíveis, com menos evitamento, menos fusão cognitiva e mais contacto com o momento presente. A literatura diverge nesta comparação por género, não estando sempre a flexibilidade psicológica significativamente correlacionada com a idade (Xiong et al., 2021). Um estudo de Mahoney e colaboradores (2015), no entanto, relata um padrão semelhante: os adultos mais jovens apresentam níveis mais elevados de evitamento experiencial. Uma vez que o evitamento experiencial funciona como uma estratégia de *coping*, estes resultados são congruentes com a literatura que refere que adultos mais velhos, geralmente, apresentam estratégias de *coping* mais adaptativas (Segal et al., 2001). A par disto, a literatura também refere que adultos mais velhos apresentam níveis mais elevados de atenção plena (Mahoney et al., 2015). Desta forma, a idade parece promover uma aceitação de todas experiências internas, sem resistência ou julgamento (Mahoney et al., 2015).

Quando analisamos questões relacionadas com a perceção da qualidade de vida, do *stress*, e da saúde, reencontramos este padrão de associação de situações menos vantajosas (menos qualidade de vida, menos satisfação com a saúde e menos qualidade do sono) a um maior evitamento, fusão cognitiva e falta de contacto pelo momento presente, enquanto que a situação mais vantajosa aparece em geral associada não só a uma maior flexibilidade psicológica como a uma maior proximidade com os seus valores na vida e a uma maior curiosidade/ abertura (Dahl et al., 2004;

Harris, 2006; Hayes, 2019; Lucas & Moore, 2020; Twohig et al., 2006).

Também o abuso de álcool (embriaguez) segue este padrão de associação ao evitamento e a um menor contacto com o momento presente, enquanto o não consumo está associado a uma maior flexibilidade. A literatura apoia estes resultados, relatando que componentes da inflexibilidade psicológica, como o evitamento, estão ligados a problemas relacionados com consumos (Levin et al., 2012, 2014).

A partir de um modelo de regressão múltipla usando como variáveis independentes a perceção de bem-estar e estilos de vida, a flexibilidade psicológica é melhor explicada com uma associação positiva com a qualidade de vida e com a qualidade do sono. Por outro lado, o nível de *stress* e a embriaguez ao longo da vida, apresentam uma relação negativa com a flexibilidade psicológica isto é ter uma melhor perceção de qualidade de vida, melhor qualidade de sono, menos *stress* e não se embriagar surge associado a uma maior flexibilidade psicológica (Lee et al., 2015; Lappalainen et al., 2019; Levin et al., 2012, 2014; Salari et al., 2020).

A partir de um modelo de regressão múltipla usando como variáveis independentes as diversas dimensões consideradas no Hexaflex (Hayes, 2005) a flexibilidade psicológica é melhor explicada pela curiosidade e abertura. Por outro lado, a fusão cognitiva e a falta de contacto com o presente apresentam uma relação negativa com a flexibilidade psicológica. Curiosamente, o evitamento consta no modelo Hexaflex e está correlacionado com a fusão cognitiva, contudo no presente modelo não

aparece associado a flexibilidade psicológica. Também a aproximação aos valores na vida não aparece significativamente associada à flexibilidade psicológica.

Uma maior curiosidade e abertura ao desconhecido e ao novo, assim como uma menor fusão cognitiva e menor falta de contacto com o presente, surgem associados a uma maior flexibilidade psicológica. Embora a nível bivariado não existam diferenças de género na curiosidade e abertura ao desconhecido, estas estão associadas à flexibilidade psicológica, no género feminino.

Uma maior curiosidade e abertura ao desconhecido e ao novo, assim como uma menor fusão cognitiva e menor falta de contacto com o presente, surgem associados a uma maior flexibilidade psicológica tanto no grupo dos mais velhos como no grupo dos mais novos. No entanto no grupo dos mais velhos o evitamento aparece significativa e negativamente associado à Flexibilidade Psicológica o que não acontece no grupo dos mais novos. Este primeiro estudo exploratório destinou-se a usar integralmente as subescalas do Mindflex/ACT traduzidas e adaptadas a partir de propostas de autores consagrados no estudo e aplicação da ACT, como se consulta nas referências iniciais de cada subescala) relacionando-as com algumas dimensões do estilo de vida. Este conjunto de subescalas original foi submetido a uma Análise Fatorial Exploratória e uma Análise Fatorial Exploratória ficando disponível muito em breve, para a prática Clínica e para a Investigação, uma versão reduzida (Gaspar et al., in prep).

Mensagens-chave

Tendo em conta o trabalho apresentado, é importante destacar as seguintes mensagens:

- A flexibilidade psicológica é um fator crucial para o bem-estar geral dos indivíduos, associada, a uma maior qualidade de vida, maior qualidade de sono, menor nível de *stress* e menor consumo excessivo de álcool;
- As mulheres apresentam menor flexibilidade psicológica, embora se considerem, mais alinhadas com os seus valores de vida. Por outro lado, os homens apresentam maior flexibilidade psicológica, com menor evitamento, menor fusão cognitiva e maior contacto com o momento presente;
- É importante promover abordagens que incentivem comportamentos mais saudáveis (p. ex., higiene de sono, redução do consumo abusivo de álcool), associáveis a uma maior flexibilidade psicológica;
- Ao nível das políticas públicas, nomeadamente na área da educação e da saúde, implementar programas de intervenção a nível das famílias, da escola e dos municípios, que promovam na população estratégias de promoção da flexibilidade psicológica associadas a uma maior perceção de bem-estar, perceção de qualidade de vida, melhor gestão do *stress* e estilos de vida mais saudáveis, maior curiosidade e abertura face ao desconhecido, com especial foco na população feminina.

Referências

Afari, N., Herbert, M. S., Godfrey, K. M., Cuneo, J. G., Salamat, J. S., Mostoufi, S., ... & Wetherell, J. L. (2019). Acceptance and commitment

- therapy as an adjunct to the MOVE! programme: a randomized controlled trial. *Obesity science & practice*, 5(5), 397-407.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 750.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology*, 57(2), 243-255.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 156.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Castronovo, V., Galbiati, A., Sforza, M., Poletti, M., Giarolli, L., Kuo, T., ... & Ferini-Strambi, L. (2018). Long-term clinical effect of group cognitive behavioral therapy for insomnia: a case series study. *Sleep medicine*, 47, 54-59.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & 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. *Behavior therapy*, 35(4), 785-801.
- Dempster, M., Bolderston, H., Gillanders, D., & Bond, F. (2009). *The development of a measure of cognitive fusion: the CFQ*. World-Conference III of the Association for Behavioral and Contextual Science, Enschede. Netherlands.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gaspar, T., Matos, M. G., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Noronha, C., & Raimundo, M. (In prep). MindFlex/ACT: A new proposal to assess flexibility.
- Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia - Dados nacionais do estudo HBSC 2022 (ebook)*. https://aventurasocial.com/dt_portfolios/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-em-contexto-de-pandemia-dados-nacionais-2022/
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., RasmussenHall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance Theory-Based Treatment for Smoking Cessation: An Initial Trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.
- Graham, C., Gouick, J., Ferreira, N., & Gillanders, D. (2016). The influence of psychological flexibility on life satisfaction and mood in muscle disorders. *Rehabilitation Psychology*, 61, 210-217. <https://doi.org/10.1037/rep0000092>
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70-6.
- Hayes, S. (2019). *A Liberated Mind: The essential guide to ACT*. Random House.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). *Acceptance and commitment therapy*. Encyclopedia of cognitive behavior therapy, 1-4.

- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science + Business Media.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (Vol. 6). Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Jacobsen, H. B., Kallestad, H., Landrø, N. I., Borchgrevink, P. C., & Stiles, T. C. (2017). Processes in acceptance and commitment therapy and the rehabilitation of chronic fatigue. *Scandinavian journal of psychology*, 58(3), 211-220.
- Kashdan, T., & Kane, J. (2011). Posttraumatic distress and the presence of posttraumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, 50, 84-89. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.028>
- Khazaie, H., & Zakiei, A. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy on emotional dysregulation and sleep quality in patients with chronic insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 29(178), 52-63.
- Krafft, J., Potts, S., Schoendorff, B., & Levin, M. E. (2019). A randomized controlled trial of multiple versions of an acceptance and commitment therapy matrix app for well-being. *Behavior Modification*, 43(2), 246-272.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2019). ACT for sleep-internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119-127.
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 10-17.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155, 1-7.
- Levin, M.E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S.C., Pistorello, J. & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-year college students. *The Journal of American College Health*, 60(6), 443-448.
- Levin, M.E., MacLane, C., Daflos, S., Pistorello, J., Hayes, S.C., Seeley, J. & Biglan, A. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 155-163.
- Lucas, J. J., & Moore, K. A. (2020). Psychological flexibility: positive implications for mental health and life satisfaction. *Health promotion international*, 35(2), 312-320. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz036>
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, 81(4), 217-240.
- Matos, M. G. (2024). *A arte de saber escolher*. Pactor.
- Matos, M. G. (2020a). *É Mesmo Importante?. Ordem dos Psicólogos Portugueses*.
- Matos, M.G. (2020b) *MindFlex/ ACT: Protocolo de avaliação da Flexibilidade Psicológica e suas componentes, a partir da tradução e adaptação de Monestés, J. L., & Villatte, M. (2011). e Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2005). (documento interno)*

- Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão. *Relatório do estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) em 2018 (ebook)*. https://aventurasocial.com/dt_portfolios/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-em-tempos-de-recessao-2018/
- Matos, M.G.; Santos, T.; Reis, M. (2017) *BePositive Project: Positive Youth Development (PYD) in Adolescents*; Lambert Publications
- Monestés, J. L., & Villatte, M. (2011). La thérapie d'acceptation et d'engagement. Elsevier Masson.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 47-56.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125–162.
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC neurology*, 20, 1-18.
- Segal, D. L., Hook, J. N., & Coolidge, F. L. (2001). Personality dysfunction, coping styles, and clinical symptoms in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7, 201–212.
- Shalcross, A. Troy, A., Boland, M., & Mauss, I. (2010). Let it be: accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48, 921-929. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.025>
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(3), 332-362.
- Sweeney, J. E. (2016). Experiential Avoidance, Depression, and Satisfaction with Life: The Moderational Role of Regulatory Emotional Self-Efficacy.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 000-24.
- Woolf-King, S. E., Sheinfil, A. Z., Babowich, J. D., Siedle-Khan, B., Loitsch, A., & Maisto, S. A. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) for HIV-infected hazardous drinkers: a qualitative study of acceptability. *Alcoholism treatment quarterly*, 37(3), 342-358.
- Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 655154.
- Zettle, R. D., & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.