

JORNADAS EM

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Organização: Renata Cambraia e Lia Beaklini

Editora IBAC
Volume 2
Dezembro de 2024
ISSN 3085-6426


IBAC INSTITUTO BRASILENSE
DE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Organização deste volume

Renata Cambraia
Lia Beaklini

Conselho editorial

Editora-chefe

Renata Cambraia

Editores

João Vicente Marçal

Projeto gráfico e diagramação

Tayane Almeida

Instituição Organizadora

IBAC - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Contato da editora: publicacoes@ibac.com.br

Sobre o IBAC

O IBAC iniciou suas atividades em agosto de 1999 com sua primeira turma do curso de formação em Terapia Analítico-Comportamental. Foi a primeira instituição de Análise do Comportamento a ser criada na Região Centro-Oeste e uma das pioneiras no país. O surgimento veio de uma demanda existente na formação de psicólogos clínicos qualificados, com sólida formação teórica e prática, pautados na filosofia e princípios derivados da Análise Experimental do Comportamento e alinhados aos modernos conceitos da Análise Comportamental Clínica. Havia também a necessidade de um centro que a) fosse referência na prestação de serviços clínicos de base comportamental; b) organizasse eventos, disseminando e desenvolvendo a Análise do Comportamento na região e no país e, c) possibilitasse a integração de profissionais e estudantes interessados em Análise do Comportamento e áreas afins. Investindo constantemente em qualidade e inovação, o IBAC tornou-se rapidamente uma grande referência nacional, não apenas na Análise do Comportamento, mas também na Psicologia e área da saúde em geral.

Ao longo dos anos, muitas realizações têm moldado a imagem do instituto, caracterizando-o como empreendedor, inovador e qualificado. Além de um centro clínico referência formado por ex-alunos e dos tradicionais cursos de pós-graduação e formação, um número expressivo de jornadas, encontros, minicursos, cursos de extensão, palestras, grupos de estudos e simpósios foram realizados em nível regional, nacional e, recentemente, internacional. Desde que foi implementada a modalidade on-line em 2009, muitas dessas atividades passaram a ser oferecidas também nesse formato. Outro importante aspecto é a oferta gratuita ou com baixo custo aos participantes.

Atualmente oferecemos cursos de pós-graduação e formação de referência, além de inglês instrumental, que é ofertado gratuitamente aos seus alunos. Alunos provenientes de todos os estados brasileiros e alguns países já estudaram no instituto, e mais de 2000 alunos concluíram um curso de pós-graduação e formação. Hoje também contamos com um setor de pesquisas e publicações, que acompanha as pesquisas, artigos e literatura em geral produzidos pela comunidade do IBAC.

Sumário

Apresentação	05
Análise dos sonhos na Terapia Comportamental	07
Luto e Manejo Terapêutico: Um Olhar Clínico a partir das Terapias Contextuais	12
Compassividade na ABA: Revisando Práticas do Ponto de Vista Ético	19
Compreendendo como funciona o tratamento em Terapia Comportamental Dialética (DBT)	23
Atualização em Psicoterapias Empiricamente Sustentadas para os Transtornos Depressivos	30
(Auto)Avaliação de Competências Centrais da Terapia de Aceitação e Compromisso	36

Apresentação

O segundo volume da nossa revista eletrônica, “**Jornadas em Análise do Comportamento**” está disponível gratuitamente para todos, todas e todes com interesse na Análise do Comportamento.

Neste volume, apresentamos uma série de artigos que abrangem diferentes temas relevantes na psicoterapia, entre eles: análise de sonhos, luto, compassividade e descrição de modelos terapêuticos com evidência de eficácia, como a terapia comportamental dialética e a terapia de ativação comportamental. Contamos com a colaboração de renomados especialistas da área, que submeteram artigos de qualidade e extrema relevância profissional.

Esperamos que este volume fortaleça nosso compromisso com a disseminação dos conhecimentos e avanços científicos da Análise Comportamental Clínica e as Terapias Comportamentais Contextuais.

Boa leitura!

Renata Cambraia
Lia Beaklini
Organizadoras

CONHEÇA NOSSOS CURSOS DE

PÓS-GRADUAÇÃO



ANÁLISE COMPORTAMENTAL CLÍNICA



**NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA
COMPORTAMENTAL**



**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA
(ABA) VOLTADA PARA O AUTISMO E
OUTRAS NEURODIVERGÊNCIAS**



**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL
INFANTOJUVENIL**



**TERAPIAS COMPORTAMENTAIS
CONTEXTUAIS**

Análise dos sonhos na Terapia Comportamental



Artur Vandr  Pitanga

ISSN 3085-6426

Psicólogo, Doutor e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC de Goiás. Docente e orientador de estágio supervisionado em Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde no curso de graduação em Psicologia na Universidade Evangélica de Goiás. Docente e orientador de estágio supervisionado em Terapia Comportamental no Instituto Goiano de Análise do Comportamento (IGAC). Professor Orientador da Liga Acad mica de Behaviorismo da Universidade Evangélica de Goiás. Terapeuta comportamental de adultos e casais no Instituto de Análise do Comportamento Landin, na cidade de Anápolis, Goiás.

Os sonhos são comportamentos privados, consequência dos níveis de seleção filogenético, ontogenético e cultural (Silva, 2000). A interpretação dos sonhos, ou análise do relato dos sonhos, depende do conhecimento das contingências de reforço com as quais a pessoa interage. De acordo com a perspectiva analítico-comportamental, os sonhos são vistos como comportamentos controlados por estímulos discriminativos e reforçadores presentes na história ambiental do indivíduo.

O objetivo do presente artigo é explorar a importância dos sonhos como comportamentos privados, influenciados por contingências ambientais e culturais, baseando-se, principalmente, em uma perspectiva analítico-comportamental, teoria neurocognitiva e reflexões sobre o conceito de ‘Eu Observador’ da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A interpretação dos sonhos deve considerar as contingências de reforço e punição na história de vida do indivíduo. Trata-se de uma ferramenta valiosa para promover o autoconhecimento, ajuda os clientes a compreender melhor suas experiências e comportamentos e facilita o processo terapêutico de adaptação às demandas e desafios da vida cotidiana.

Silva (2000) explora a influência da cultura nos sonhos, mostrando como práticas culturais podem moldar o conteúdo onírico. A autora argumenta que a interpretação dos sonhos   impossível sem um entendimento profundo das histórias de vida e das contingências de reforço individuais, criticando as abordagens baseadas em dicionários de símbolos oníricos por sua falta de consideração pelas diferenças individuais

e culturais.

Delitti (1999) informa que o terapeuta deve guiar o cliente por meio de um conjunto específico de questões reflexivas após o relato dos sonhos. Estas incluem perguntas como: “Por que você acredita que teve esse sonho justamente nesta semana?”, “Qual é a sua interpretação desse sonho?”, “Como você associa este sonho ao seu contexto atual de vida e por que escolheu compartilhá-lo agora?”, e “De que forma esse sonho se relaciona com o que você está vivenciando atualmente e como você se sente ao discuti-lo comigo?”.

Essas indagações são estratégicas para vincular o conteúdo do sonho com as vivências cotidianas do cliente e os impactos das contingências em sua trajetória de vida. Ao aprender a conectar seus comportamentos e experiências internas com as variáveis do seu entorno, o cliente pode, conseqüentemente, aprimorar significativamente seu repertório de autoconhecimento. Este processo não são facilita uma maior compreensão de si mesmo, mas também pode promover uma adaptação mais efetiva às demandas e desafios da vida. Skinner (1974) enfatiza que

“o autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que se ‘tornou consciente de si mesma’, por meio de perguntas que lhe foram feitas, está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento”
(p.31).

Aprender a “saber sobre si mesmo”, a partir de perguntas que nos são direcionadas, pode ser um passo importante na compreen-

são de como as contingências determinam nosso comportamento. Dessa forma, a análise dos sonhos é um caminho que favorece o autoconhecimento do cliente (Pitanga & Vandenberghe, 2017). Sendo o sonhar um comportamento privado sob controle de contingências, compreender a ocorrência de um sonho é, sobretudo, compreender o contexto de interação do sonhador. O relato do sonho, nesse sentido, pode ser uma porta aberta para o terapeuta entender a singularidade do comportamento do cliente, uma fonte adicional de informações sobre diagnóstico, além de oferecer elementos necessários para análises funcionais.

O sonho tem muito a revelar sobre os comportamentos do cliente. De acordo com Borloti (2005), a partir da história única de punição e reforçamento do sonhador, as imagens ou símbolos do sonho atuam como estímulos discriminativos, eliciadores ou reforçadores; a pessoa que sonha se engaja no comportamento de ver-que-está-vendo na ausência do objeto visto. Um exemplo pode ilustrar esse ponto. Podemos sonhar com pessoas que estão distantes geograficamente e/ou temporalmente de nós, vemos privadamente essas pessoas, “sentimos sua falta” ou “medo de sua presença” e podemos escolher enviar uma mensagem ou evitar falar com essa pessoa.

Os comportamentos operantes como ligar ou evitar estão em relação com comportamentos respondentes de sentir falta ou medo, respectivamente. Ver privadamente, personagens, coisas e lugares no sonho é uma amostra de “ver na ausência da coisa vista”. O relato do sonho, nessa perspectiva, indica os sentimentos e relacionamento interpessoais do cliente como consequências de interações complexas. Vale ressaltar que uma análise de comportamento deve incluir os comportamentos respondentes, operantes, públicos e privados como fenômenos profundamente relacionados.

Borloti (2005) explica ainda que o cliente, ao relatar um sonho, poderá combinar elementos intraverbais com tatos de eventos privados e de contingências do seu contexto de interação. Sendo assim, a extensão metafórica, como recurso para indicar a manifestação do comportamento privado pode ocorrer, como exemplifica o autor: “esta noite eu sonhei que estava numa guerra”. O intraverbal, como um operante verbal, está sob controle de antecedentes verbais. O que antecede o relato de sonho do cliente é a

atividade onírica, o próprio sonho e seu conteúdo simbólico e verbal. A extensão metafórica “guerra” pode indicar dificuldades que o cliente enfrenta no dia a dia, a depender das contingências. Como o cliente tateia, ou seja, entra em contato com seus sentimentos e pensamentos e os nomeia, podem ser indicativos para o terapeuta sobre como esse cliente lida com eventos privados. Perguntas direcionadas ao cliente, como: “o que sente sobre o que aconteceu nesse sonho que você relatou?”, ou “o que pensa ou como avalia os conteúdos desse sonho?”, pode ser um caminho para a ensino de tato de eventos privados.

A metáfora é um recurso muito utilizado pela cultura. Poesias, músicas, contos, ditados populares, são exemplos de como estamos sob controle de propriedades de estímulos externos para indicar o que ocorre subjetivamente. Ouvimos de uma pessoa, a título de ilustração: “eu vou explodir”, quando ela está sob forte sentimento de raiva. Na atividade de sonhar não é diferente. Entretanto, metáforas, simbolismo e significados devem ser compreendidos a partir do ambiente, levando em consideração que são resultados da interação de uma pessoa com sua comunidade verbal.

A análise dos sonhos pode fornecer informações valiosas sobre o histórico de reforço dos clientes e oportunidades para promover mudanças comportamentais durante as sessões (Callaghan, 1996). Os sonhos, vistos como eventos verbais, podem ser analisados de forma semelhante a outros eventos privados, conforme o Behaviorismo Radical. Essa abordagem permite aos terapeutas entenderem melhor como os sonhos são formados e como eles refletem a história de reforço do cliente. Sendo assim, o terapeuta pode acessar um conjunto mais amplo de comportamentos verbais do cliente, permitindo hipóteses mais refinadas sobre suas interações interpessoais e outros aspectos relevantes para o tratamento (Callaghan, 1996).

Domhoff (2003) defende um modelo neurocognitivo dos sonhos que reúne pesquisas empíricas de várias áreas, incluindo neurociência, desenvolvimento cognitivo e análise de conteúdo dos sonhos. A pesquisa sobre sonhos evoluiu significativamente, tornando possível estudá-los de maneira científica, indo além de abordagens anedóticas e reducionistas. O autor explica que o sonhar está associado à ativação de uma rede neural específica, principalmente

nas regiões límbicas e paralímbicas do cérebro. Essa rede é responsável por gerar as experiências vívidas e ricas em sensações dos sonhos. O autor ainda discute o desenvolvimento dos sonhos, observando que é uma conquista cognitiva que se desenvolve gradualmente durante a primeira década de vida. Nesse sentido, o conteúdo dos sonhos, que pode ser estudado sistematicamente por meio de métodos como o sistema de codificação Hall-Van de Castle¹, reflete preocupações da vida desperta, emoções e interações sociais, apoiando a hipótese da continuidade. Os sonhos são compreendidos modernamente como um fenômeno neurocognitivo, integrando dados empíricos com métodos sofisticados de análise de conteúdo.

Domhoff (2022) apresentou recentemente uma teoria detalhada sobre o sonho a partir de uma perspectiva neurocognitiva. A teoria é dividida em três níveis principais: o substrato neural que sustenta o sonhar, os processos cognitivos específicos suportados por esse substrato e os relatos de sonhos fornecidos pelos participantes da pesquisa. A base da teoria neurocognitiva dos sonhos é a ideia de que o sonhar é uma forma intensificada de divagação mental, caracterizada por simulações encarnadas, nas quais os sonhadores se imaginam em cenários hipotéticos que frequentemente envolvem interações sociais e preocupações pessoais. Estes sonhos são suportados por um conjunto específico de redes neurais, particularmente a rede de modo padrão (default network), que inclui sistemas funcionais no córtex pré-frontal dorsal medial e no córtex temporal medial.

A análise dos sonhos de Domhoff (2006; 2022) pode ser integrada com a Análise do Comportamento e conseqüentemente à Terapia Comportamental (e.g. Pitanga & Vandenberghe, 2017; Borloti, 2005; Silva, 2000; Delitti, 1999) ao considerar os sonhos como comportamentos privados influenciados por contingências ambientais. Ambas as perspectivas reconhecem que os sonhos refletem preocupações e interações sociais do sonhador, e podem ser utilizadas na terapia para promover o autoconhecimento e a mudança comportamental. Além do mais, essas perspectivas sobre o sonhar estão fundamentadas tanto em dados provenientes de pesquisas extensas, quanto de observações em

contexto terapêutico. As perguntas reflexivas e a análise funcional dos sonhos ajudam a conectar o conteúdo onírico com as experiências diárias do cliente, facilitando uma compreensão mais profunda de si mesmo e uma adaptação mais eficaz às demandas da vida.

As possibilidades de interpretação do sonhar dependem da função de analisar esse fenômeno para o processo terapêutico. Analisar sonhos deve ser relacionado aos objetivos terapêuticos, à história de vida do cliente, às habilidades do terapeuta em compreender aspectos do comportamento verbal e à elaboração de perguntas fundamentadas em contexto, comportamento e conseqüências.

Indo além, para Vandenberghe e Pitanga (2007) a análise dos sonhos na terapia pode funcionar como uma maneira de compreender a relação terapeuta-cliente, dado que uma variedade de comportamentos clinicamente relevantes ocorre quando os clientes relatam sonhos que despertam respostas emocionais. Choro, raiva, esquivas, entre outros comportamentos durante a sessão, podem ser indicativos de como o cliente se comporta fora do setting terapêutico. A análise dos sonhos proporciona o enfrentamento de assuntos aversivos na sessão, o que permite definir com mais clareza os objetivos da terapia (Vandenberghe, 2014).

A análise dos sonhos, fundamentada em uma perspectiva analítico comportamental, será um dos caminhos para a compreensão da vida dos clientes, condição necessária para que ele perceba os efeitos das contingências sobre seu comportamento e estabeleça mudanças significativas para a vida.

Em uma perspectiva da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), em sentido ainda especulativo, o conceito do Eu Observador, conforme descrito por Vandenberghe e Sousa (2006), pode ser outra possibilidade de analisar sonhos em contexto clínico. O conceito de O Eu Observador refere-se à capacidade do indivíduo de se distanciar de seus pensamentos e sentimentos, percebendo-os como eventos distintos de si mesmo. Esta perspectiva em terapia pode ser essencial na análise dos sonhos, pois permite que a pessoa que sonha observe o conteúdo de seus sonhos como um espectador, sem se confundir com eles.

¹O sistema de Hall-Van de Castle permite a análise quantitativa de relatos de sonhos em oito categorias: personagens, interações sociais, atividades, esforço, infortúnio e sorte na vida, emoções, ambiente físico e elementos descritivos. Modificações modernas, incluindo procedimentos estatísticos e ferramentas online. Está acessível em <http://www.DreamResearch.net>.

Na Análise do Comportamento, os sonhos são vistos como comportamentos privados, influenciados por contingências ambientais e reforçadores da história de vida do indivíduo (Pitanga & Vandenberghe, 2017). Quando uma pessoa relata um sonho, ela pode adotar a perspectiva do Eu Observador, descrevendo as imagens e sentimentos oníricos sem se identificar completamente com eles. Esse distanciamento pode ser facilitador de uma análise mais objetiva e funcional dos sonhos, permitindo ao terapeuta entender melhor o contexto de vida do cliente e suas contingências de reforço (Delitti, 1999).

Um sonho em que o indivíduo se vê em uma guerra pode ser interpretado metaforicamente como uma representação das dificuldades que enfrenta em sua vida cotidiana (Borloti, 2005). Ao adotar a perspectiva do Eu Observador, o cliente pode refletir sobre o sonho e suas possíveis conexões com eventos diários, sem se sentir sobrecarregado pelos sentimentos intensos que o sonho pode evocar. Isso é particularmente importante na prática de auto-observação na ACT, em que o objetivo principal é aumentar a consciência e aceitação dos eventos internos, sem identificação com eles (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Reflexões para possíveis pesquisas no futuro podem ser feitas a partir da relação entre o conceito de Eu Observado da ACT, a teoria neurocognitiva e a análise de sonhos em uma perspectiva analítico-comportamental:

- Quais são os efeitos terapêuticos de ensinar pacientes a adotar a perspectiva de O Eu Observador durante a análise de seus sonhos?

- De que maneira a integração da perspectiva do Eu Observador pode melhorar a compreensão das contingências de reforço na análise de sonhos?

- De que maneira a teoria neurocognitiva dos sonhos pode complementar a análise funcional do sonhar?

- Como os modelos neurocognitivos sobre sonhos podem ser integrados na prática de análise de sonhos na Terapia Comportamental e/ou na ACT?

Responder essas perguntas pode ser um caminho para integrar teorias neurocognitivas e comportamentais, aprimorar diagnósticos, melhorar a prática terapêutica, personalizar tratamentos e fortalecer a relação entre terapeuta e cliente.

A análise dos sonhos, na terapia comportamental, oferece um olhar profundo sobre a relevância dos sonhos como comportamentos privados influenciados por contingências ambientais e culturais. A análise funcional dos sonhos não apenas facilita o autoconhecimento, mas também promove uma adaptação mais eficaz às demandas da vida cotidiana. Os sonhos podem revelar aspectos importantes do comportamento do cliente, proporcionando uma base sólida para diagnósticos e intervenções terapêuticas.

A integração da análise dos sonhos com abordagens neurocognitivas amplia ainda mais as possibilidades terapêuticas, oferecendo uma visão abrangente e empiricamente fundamentada do processo de sonhar e suas implicações no comportamento humano.

Referências

- Borloti, E. B. (2005). Abstração, metáfora, sonho e inconsciente: uma interpretação skinneriana. In E. B. Borloti., S. R. F. Enumo, & M. L. P. Ribeiro (Orgs.), *Análise do Comportamento: teorias e práticas*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Callaghan, G. M. (1996). The clinical utility of client dream reports from a radical behavioral perspective. *The Behavior Therapist*, 19(1), 49-52. <https://doi.org/10.1007/BF02249522>
- Delitti, M. (1999). Relato dos sonhos: como utilizá-los na prática da terapia comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 6, pp.195-210). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Domhoff, G. W. (2003). *The scientific investigation of dreams: neural networks, cognitive development, and content analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Domhoff, G. W. (2022). *The neurocognitive theory of dreaming: Thewhere, how, when, what, and why of dreams*. MIT Press.
- Pitanga, A. V., & Vandenberghe, L. (2017). Possibilidades da análise dos sonhos na terapia comportamental. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 1(2), 86-92. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v1i2.29>
- Silva, F. M. (2000). Uma análise behaviorista radical dos sonhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 435-449.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Vandenberghe, L. (2014). A interpretação dos sonhos revisitada. *Perspectivas em análise do comportamento*, 5(2), 70-77. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482014000200002&lng=pt&tlng=pt
- Vandenberghe, L. & Pitanga, A. V. (2007). A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 239-246. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200010>
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20060004>

CONHEÇA NOSSOS CURSOS DE

ANÁLISE COMPORTAMENTAL CLÍNICA



PÓS-GRADUAÇÃO | 420h

Público: Psicólogos e Psiquiatras



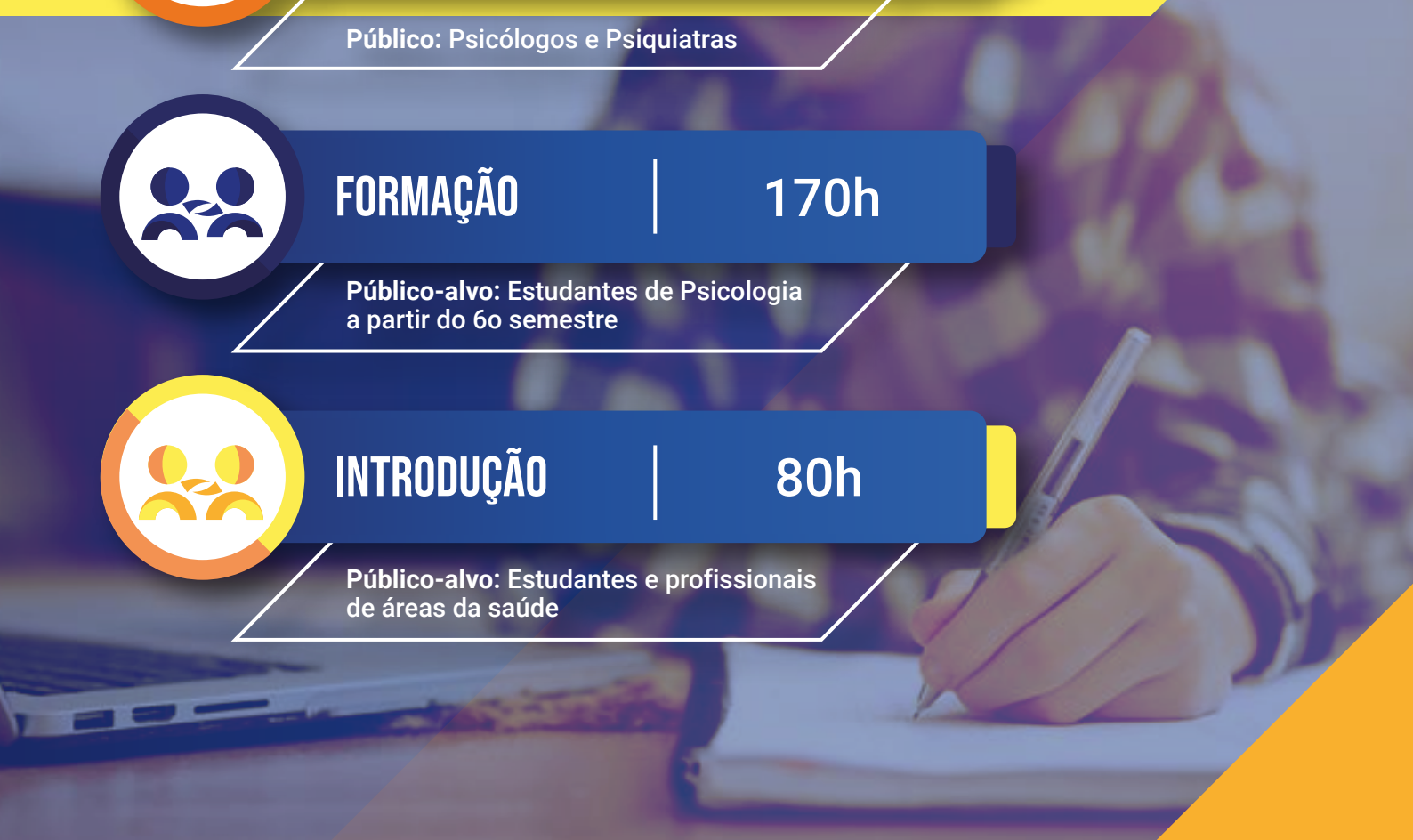
FORMAÇÃO | 170h

Público-alvo: Estudantes de Psicologia
a partir do 6º semestre



INTRODUÇÃO | 80h

Público-alvo: Estudantes e profissionais
de áreas da saúde



Luto e Manejo Terapêutico: Um Olhar Clínico a Partir das Terapias Contextuais



Nione Torres

ISSN 3085-6426

Mestre em Psicologia Clínica na Análise do Comportamento (PUC SP), Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UEL). Possui formação em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute, USA. Fundadora do Instituto de Análise do Comportamento em Estudos e Psicologia (IACEP), atuando até a presente data como diretora clínica, terapeuta, supervisora clínica e coordenadora de projetos. Atua e pesquisa na área de Terapia do Luto há 20 anos.

O fenômeno luto é visto como um processo significativamente complexo e não traz perspectiva linear ou estática; ao contrário, há nele uma funcionalidade – a adaptação à perda – e aspectos multidimensionais, tais como experiências emocionais e cognitivas, lidar com a perda do ente querido, relacionamento contínuo com o ente querido, rede sócio afetiva e senso de identidade.

Ao descrever o processo de enlutamento, Martin (2008) demonstra os efeitos de uma perda sobre a construção do mundo, já que a morte de um ente querido desorganiza, sobremaneira, a vida do enlutado na mesma proporção da relação que mantinha com aquela pessoa que partiu. Ou seja, tudo que antes servia de base se transforma em insegurança e vulnerabilidade no sentido da vida, uma vez que projetos, sonhos e propósitos de vida se desintegram. Quanto ao senso de identidade, a relação estabelecida com o ente querido promovia um vínculo profundo e fortalecedor e, por conta da morte, gerou em quem ficou a sensação de perda de uma parte essencial de si mesmo – uma fonte de reforçadores deixou de existir e jamais voltará.

Torres (2022) acrescenta que o luto é um processo inevitável de resolução de uma perda e uma experiência singular que se manifesta de múltiplas maneiras. Ao perder um ente querido, o ser humano vivenciará um intenso e doloroso leque de respostas encobertas interferindo no seu funcionamento como um todo, entre elas:

a) Respostas emocionais significativas, tais como tristeza, desespero, pesar, incredulidade ou negação, raiva, culpa, saudades, solidão, choque, arrependimento, vazio, preocupação, revolta com a realidade presente. Logo, o que

se observa é uma verdadeira montanha russa no escuro, ou seja, uma alternância constante desses sentimentos e emoções a depender das contingências que estão sendo vivenciadas pela pessoa enlutada;

b) Outros comportamentos com intensidade e frequência significativas: desorganização das rotinas diárias, agitação para agir ou pensar, dores, dificuldades para dormir, perda de apetite, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, tensão muscular e sensação de pânico (Zisook et al., 2014).

Ressalta-se também que, embora todos sofram à sua maneira, as pessoas que perderam seu ente de amor, geralmente, sentem uma sensação de desconexão de si mesmos, de seu passado, presente e futuro e, especialmente, da pessoa que morreu e podem não mais ser capazes de se sentirem felizes ou realizadas – congelam na sua dor; ficam presas no luto. Por outro lado, as evidências clínicas apontam para o chamado luto integrado, ou seja, a maioria dos enlutados demonstram que, com o tempo, se adaptam à perda (aqui se encontra a função do luto, como acima assinalado), aceitando sua finalidade e consequências, desenvolvendo um relacionamento mudado, porém, contínuo com o ente que se foi e repensando um futuro com possibilidades de felicidade, alegria, conexão e significado – mesmo em um mundo sem o ente querido. Em suma, a adaptação à perda transforma e, ao mesmo tempo, integra o luto (Iglewicz et al., 2020).

Em se tratando de dados científicos que embasam a teoria e a prática terapêutica do luto, ressalto que, até então, parece não existir uma teoria única que abranja esse fenômeno e suas

consequências para a vida do ser humano. Observam-se avanços significativos na sistematização dos estudos relacionados ao tema, muito embora, continue sendo um desafio aos profissionais analistas do comportamento que atuam nessa área (Torres & Fernandes, 2022).

Uma abordagem conduzida pela ciência comportamental contextual – a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) de Hayes, Strosahl e Wilson (1999) – apresenta um modelo de tratamento que traz em sua essência a ideia de que a linguagem humana dá origem tanto às realizações quanto ao sofrimento e que este vem, predominantemente, de processos psicológicos normais. É considerado um modelo unificado de funcionamento e de adaptabilidade humana – o chamado modelo de flexibilidade psicológica. É um modelo indutivo em sua natureza e está associado aos processos humanos básicos que acontecem a partir dos processos psicológicos: atenção flexível ao momento presente, valores escolhidos, ação com compromisso, self como contexto, desfusão e aceitação. Todos eles responsáveis pela promoção da flexibilidade psicológica e, no contraponto, da rigidez psicológica quando da ausência de um ou mais deles.

Hayes, Strosahl e Wilson (2021) expõem que cada um desses processos desempenha um papel importante na determinação do quanto os seres humanos são capazes de se adaptar às circunstâncias que se encontram em constante mudança, sendo, muitas vezes, desafiadoras da vida. Nessa perspectiva, a dor é uma consequência natural do viver; contudo, seres humanos sofrem desnecessariamente quando o nível de rigidez psicológica que apresenta acaba por sabotar a adaptação a contextos internos e externos.

Com relação ao trabalho com luto, a ACT promove condições para que a pessoa enlutada experiencie a dor de sua perda com maior flexibilidade. Promovendo, assim, a aceitação das reações emocionais e físicas geradas por ela. Isso auxilia o enlutado a adaptar-se a um lugar em que seu ente de amor já não mais se encontra, ao mesmo tempo em que busca caminhos para conseguir uma vida valiosa e comprometida, embora acompanhada pela dor da perda (Gaitán, Ortega, & Chávez, 2017).

Segundo os autores citados, uma vez que a ACT tem a ênfase na flexibilidade psicológica e também no atendimento à pessoa no processo de luto, o propósito será promover a adaptação

e a integração ao novo contexto de vida da pessoa enlutada. A adaptação se dá quando o enlutado discrimina que suas estratégias para diminuir a dor gerada pela perda, na verdade, geram efeitos contrários. Isso prejudica a assimilação da perda, assim como a adaptação a um mundo em que o ente de amor não mais se encontra.

Cruz & Dillenburg, citado em Zilberman et al. (2022), demonstram que a partir da ACT:

- a) O processo de aceitação se dará ao reconhecer que as reações emocionais e físicas pós-perda são parte da experiência de amar e perder e que tentativas de evitá-las irão, notadamente, interferir em uma vida valiosa e de significados para aquele que ficou;
- b) O processo de desfusão irá gerar possibilidades para se relacionar com os pensamentos a partir de uma perspectiva. Não restringir a conexão com a experiência direta e, dessa maneira, criar condições para permitir-se estar com os pensamentos. Não os enxergar como verdades absolutas – apenas vendo-os como realmente são.

Por sua vez, a flexibilidade psicológica permite um estilo comprometido, ou seja:

- a) A aproximação com os valores leva a pessoa a se aproximar daquilo que realmente ela quer ser e deseja fazer, direcionando-a para o que busca alcançar, orientando, assim, seus comportamentos;
- b) A ação comprometida é considerada uma extensão dos valores. Envolve o enlutado ao redirecionamento do comportamento, engajando-se naquilo que realmente importa, ao mesmo tempo em que se adapta às contingências mais difíceis que a vida naturalmente apresenta. A vivência dolorosa do luto (a própria dor, inflexibilidade, fusão, esquiva) pode obscurecer valores, tornando difícil enxergá-los com clareza e desconectar o enlutado do que realmente importa.

Manejo Clínico do Luto: Intervenções Terapêuticas por Meio da Contextual ACT

O estudo aqui exposto originou de achados científicos sobre o luto. Iglewicz et al. (2020) desenvolveram um protocolo para intervenção clínica em enlutados que apresentavam o chamado luto complicado (atualmente, nomeado de luto prolongado) e o denominaram de Complicated Grief Therapy for Clinicians: An evidence-

-based protocol for mental health practice, com objetivos de: a) impedir que o luto complicado, o TEPT e a depressão se desenvolvessem, reduzindo a intensidade do sofrimento do enlutado e melhorando as respostas patológicas ao luto e; b) remover fatores que possam dificultar o processo adaptativo e natural do luto, ao mesmo tempo em que busca facilitar o processo pós-perda (Stroebe e Schut, 2010).

Na pesquisa original, a aplicação do protocolo foi direcionada a uma população de enlutados nos primeiros seis meses pós-perda, em um total de 16 sessões (indo até 19) em que foram trabalhados sete temas distintos que se inter-relacionavam de forma a abranger os objetivos. Justificou-se tal pesquisa tendo em vista a compreensão das evidências clínicas de que o luto surge naturalmente após uma perda e encontra um lugar em nossas vidas à medida em que nos adaptamos a essa perda (Shear et al., 2005; Shear et al., 2016). Porém, se ele se apresentar significativamente acentuado nos primeiros seis meses da perda, prediz níveis elevados de luto, TEPT e depressão.

O protocolo em pauta foi adaptado por esta autora no ano de 2022, que considerou denominá-lo de Diretrizes Gerais para Intervenção em Enlutados no Contexto Clínico, assegurando os mesmos objetivos, justificativa e população. Contudo, metodologicamente, foram feitas algumas modificações, tais como a aplicação que se deu em 20 sessões terapêuticas distribuídas em um período de 20 semanas (com acréscimo de até cinco sessões), durante as quais foram aplicados seis módulos de tratamento que, como já citado, apresentam-se com temas distintos que se inter-relacionam e foram assim descritos:

- a) compreendendo a dor do luto;
- b) contando histórias;
- c) aceitando a dor emocional;
- d) clarificação de valores;
- e) conectando-se com as memórias;
- f) reconectando-se com o mundo social.

Vale ressaltar que as intervenções clínicas resumidamente apresentadas demonstram a forma como elas foram realizadas com os clientes enlutados, sendo predominantemente sedimentadas com análises e discussões a partir do olhar teórico-prático do modelo da ACT.

Abaixo apresentam-se recortes de casos clínicos com clientes enlutados, dando exemplos de como as intervenções se realizaram em cada módulo de tratamento.

Primeiro módulo: Compreendendo a dor do luto

Objetivos: espera-se que o enlutado: a) compreenda o processo de luto, reconhecendo reações emocionais, fisiológicas, comportamentais e cognitivas esperadas diante da morte da pessoa amada; b) discrimine a “normalização” do luto a partir do processo e do sofrimento, entendendo o que é luto natural e os fatores que podem complicar o luto impedindo a adaptação; c) aprenda a importância do autocuidado praticando-o.

Identificação: cliente enlutada, 36 anos; perda do pai pela COVID-19.

Desenvolvimento da intervenção (recorte): A cliente trouxe para sessão o Diário do Luto e selecionou uma parte deste para ler para a terapeuta: “Nossa...complicado falar dessa dor! Sei lá o que sinto! Hoje e todos os meus dias são inundados de lembranças da minha vida com meu pai; dias de saudade insuportável, tristeza e raiva (vem forte e esparramo pro mundo). Como foi acontecer isso com ele?! Tinha certeza que meu pai ia melhorar. Sinto revolta por ele não ter tido homenagem dos amigos. Não deixei minha mãe comunicar ninguém sobre a morte dele. O que adianta? Só para machucar mais ainda? Ampliei uma foto dele e coloquei junto ao caixão. Nem sei se era ele que estava lá dentro!...eu não vi...ninguém viu. Mesmo assim, bate uma culpa louca por ele não ter tido um velório digno; por eu cuidar de mim, ao invés de tentar salvá-lo! Eu só tenho dor. Que Deus é esse que permitiu acontecer isso com meu pai?”

Manejo terapêutico: Uso do Diário do Luto e Prática de Mindfulness sobre autocompaixão (Stoddard & Afari, 2014) e discussão sobre a compreensão da dor do luto.

Segundo módulo: Contando histórias (vida, relacionamentos e morte)

Objetivo: espera-se que o enlutado aprenda a aceitar a realidade da perda, não no sentido de concordar, mas entender que essa realidade não irá mudar.

Identificação: cliente enlutada, 45 anos; perda do filho menor por câncer.

Desenvolvimento da intervenção (recorte): Cliente é convidada a compartilhar as histórias de vida do ente de amor, seu vínculo com aquele que se foi e como ocorreu a morte (esse compartilhar acontecerá ao longo de várias sessões). A cliente o fez escrevendo uma carta para o filho em homenagem ao dia do seu aniversário:

“Hoje é seu dia!! Tinha tanto medo de esquecer de você ainda pitoquinho... mas lembro do cheiro, do tato, do timbre da sua voz. Cada sensação ainda é muito vívida. Ah, meu querido, 19 anos atrás você estava chegando. Tão miudinho, tão lindo. A pele lisinha e sobrando bebê mesmo na roupa RN que usou por um bom tempo!! E, a delícia maior, meu pitoquinho, era quando você deitado no meu colo. Você ficava me olhando e eu toda feliz ali, bem próxima do seu coração! Eu me sentia a mãe mais feliz! Um casal de filhos! Meu maior sonho realizado!”

Manejo terapêutico: a) Aplicação de exercício vivencial “Meio Sorriso e Mãos Dispostas” (Linehan, 2018); b) Uso da música “Pedaço de mim” (Chico Buarque): discussão, análise e reflexão sobre aceitação da realidade.

Terceiro módulo: Aceitando a dor emocional

Objetivos: espera-se que o enlutado: a) aprenda a aceitar a dor e a monitorá-la, encorajando-o a atentar e ser responsivo aos seus sentimentos, emoções, memórias e à própria história, mantendo-se no presente e buscando aceitação; b) observe a oscilação natural das respostas privadas (“montanha russa no escuro”); c) monitore o seu luto, aprendendo mais sobre ele e a dor gerada, aceitando, assim, a dor que tiver que ser vivida.

Identificação: cliente enlutado, 72 anos; perda da esposa pela COVID-19.

Desenvolvimento da intervenção (recorte): solicitou-se ao cliente que escrevesse e, em seguida, lesse uma mensagem à esposa e se permitindo sentir as emoções e os sentimentos que surgirem, identificando-os e aceitando-os. “Não quero mais fechar meu coração com a dor dentro impedindo que as lágrimas saiam. Quero o contrário: deixá-lo totalmente aberto para ela sair. Sei que meu luto é tão longo quanto deve ser. Mas não posso parar no meio do caminho porque estou triste (nossa!...tristeza sem fim e que acaba comigo) e com muitas saudades de você. Ela machuca! Só que agora percebi que expressar o que sinto me ajuda a reconciliar com a vida e continuar amando você.”

Manejo Terapêutico: Exercício vivencial sobre Tristeza (Linehan, 2018) e discussões e reflexões sobre o se permitir sentir emoções, sentimentos, lembranças.

Quarto módulo: Reconstruindo o futuro.

Objetivos: Auxiliar o enlutado a: a) observar o

sentimento profundo de conexão com seu ente de amor por meio das memórias, identificando os valores e o legado deixados por ele; b) refletir, identificar e resgatar seus próprios valores, construindo novos repertórios mesmo em condições aversivas; c) analisar o quanto as ações aprendidas a partir de então geram controlabilidade, senso de domínio, autonomia e eficácia diante da vida.

Identificação: enlutada, 36 anos; perda do pai pela COVID-19.

Desenvolvimento da sessão (recorte): Cliente trouxe para a sessão o Diário do Luto e leu a seguinte parte: “Meus gêmeos vão crescer sem o vovô brincalhão; as brincadeiras que ele fazia comigo e com meu filho se foram com ele. Meu filhinho pede pelo vovô. Acredita que ele nasceu no dia do Rock? Meu pai entrou no quarto todo babão vestido com uma camiseta escrita ‘Hoje é dia de rock, bebê’. Acho que ele disse para gêmeos: ‘Olha aqui, seus espoletas, agora vocês vão descer para atazanar a vida da mamãe, tá bom?’ Meu pai não teve família e deixou uma família - (ai... lágrimas rolam sem parar aqui... saudades bateu...)” Na terapia discutimos que são os legados que ele nos deixou; acho que é mesmo! Sempre vou querer colocá-los em minha vida. Sim, são meus valores também! Honrá-los é honrar a memória do meu pai e farei isso até o fim dos meus dias! Me sinto tão abençoada por ter tido ele! Ele está no meu coração, mas não está mais aqui! E dá um quentinho no coração.”

Manejo Terapêutico: Análise e reflexão sobre legado e valores e a proposta de iniciar ações com compromissos a partir deles.

Quinto módulo: Conectando-se com as memórias.

Objetivos: Auxiliar o enlutado a: a) entender que o vínculo com o ente de amor não se rompe; sua presença permanece viva no coração e na memória; b) criar uma representação “internalizada” daquele que se foi, no sentido de construir uma conexão profunda com ele.

Identificação: enlutada, 45 anos; perda da irmã por câncer.

Desenvolvimento da intervenção (recorte): Enlutada é convidada a relatar várias vezes a história, compartilhando fotos e vídeos com a terapeuta. Após, cliente verbaliza: “Não acredito que alguém vá lhe entregar um pacotinho de tirar a dor! Você vai precisar aprender a conviver com a falta, a saudade, objetos e porta-retratos espa-

lhados pela casa. Eu sinto a presença dela... ela só não está mais aqui! Eu estou! Estamos conectadas, essa é a verdade! Vou seguir e ela vai me guardar...”

Manejo terapêutico: Uso de fotos, vídeos direcionando exemplos para criar tal conexão.

Sexto módulo: Reconectando-se com o mundo social.

Objetivos: Incentivar e reforçar o enlutado a: a) retomar relacionamentos já existentes; b) buscar rede socioafetiva (compartilhar assuntos, sentimentos etc); c) encontrar, pelo menos, um confidente; d) envolver-se em alguma atividade social (ou caminhar para isso).

Identificação: enlutado, 72 anos; perda da esposa pela COVID-19.

Desenvolvimento da sessão (recorte): Cliente escreve carta para a esposa que se foi e lê um trecho para a terapeuta: “Você comandava tudo. Agregava a todos. Agora estou cada vez mais só. Você previa isso e dizia: ‘se eu morrer, você vai ficar cada vez mais isolado porque é muito acomodado. Tem que procurar amigos, será que eu sempre tenho que te empurrar?’ Pois é, nada mudou mesmo depois que você se foi.”

Manejo terapêutico: o cliente complementou, a pedido da terapeuta, a sentença: “Nunca vou me esquecer...que você me ensinou o valor de ter amigos e eu nunca lhe dei ouvidos” em que se discutiu sobre arrependimento e o relacionar-se com o outro como valor e propostas de ação com compromisso nesse sentido (Hayes et al., 2021).

Enfim, ressalta-se que as intervenções clínicas apresentadas tiveram como propósito demonstrar que, para se cumprir a função do luto (a adaptação à perda de um ente de amor) e torná-lo integrado à vida daquele que ficou (o luto integrado), importante buscar o uso de ferramentas que sejam embasadas em achados com evidências clínicas.

“Estou aprendendo a passar da escuridão do luto para a luz da reconciliação com a vida; estou caminhando. Me ajuda, meu amor, a construir uma nova história com você no meu coração, nos meus olhos, em todo o meu ser” (carta à esposa perdida).

Referências

- Gaitán, J. I. C., Ortega, M. A. R., Chávez, Z. I. C., (Orgs.) (2017). Duelo: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Editorial el Manual Moderno.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente. Editora Artmed.
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds, C. F. III, Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and anxiety*, 37(1), 90-98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>
- Linehan, M. (2018). Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. Artmed.
- Martin, L. N. (2008). Tratando el proceso de duelo y de morir. Pirámide.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F., 3rd (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., 3rd, Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 73(7), 685-694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). O grande livro de metáforas ACT: um guia prático para exercícios experienciais e metáforas na terapia de aceitação e compromisso. Novas publicações do Harbinger.
- Torres, N., & Fernandes, K. M. E. (2022). O luto humano como processo: considerações conceituais e prática analítico-comportamental. In de-Farias, A. K. C. R., & Kirchner, L. F. (Orgs.). *Análise do comportamento aplicada na atenção primária, secundária e terciária à saúde* (pp. -). Editora Artmed.
- Torres, N. (2022). Luto em tempos de COVID-19: o adeus sem despedidas. Em Fonseca, F. N., dos Santos, L. B., & Freire, A. L. L. (Orgs.). *Luto: teoria e intervenção em análise do comportamento* (pp. -). Editora CRV. DOI: 10.24824/978652512514.5
- Zilberman, A. B., Kroeff, R. F. S., Gaitán, J. I. C. (Orgs.). (2022). O processo psicológico luto: teoria e prática. Editora CRV. DOI:10.24824/978652512708.8
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, Consequences, and Care. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

CURSO DE
PÓS-GRADUAÇÃO

**TERAPIAS
COMPORTAMENTAIS
CONTEXTUAIS**



Para mais informações acesse:

WWW.IBAC.COM.BR/PCONTEXTUAL

Em parceria com a
Faculdade São Marcos

Compassividade na ABA: Revisando Práticas do Ponto de Vista Ético



Amanda Souza

ISSN 3085-6426

Psicóloga (01/23813) Especialista em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo. Inscrita para creditação do QASP-S (supervisor qualificado), em fase final da certificação. Cursos de formação em protocolos de avaliação (Vbama-pp); comunicação alternativa aumentativa; certificada internacionalmente em PCM - Intervenção em crise (Professional Management Crises). Professora na Pós Graduação em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo e outros transtornos do neurodesenvolvimento - Specially.

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é uma ciência que se baseia na análise sistemática do comportamento humano, fundamentada em princípios amplamente pesquisados e validados. Ao aplicar esses princípios, a ABA visa promover o desenvolvimento de habilidades e reduzir comportamentos inadequados em diversos contextos, especialmente no apoio a indivíduos com atrasos no desenvolvimento e Transtorno do Espectro Autista. Desde o artigo seminal de Baer, Wolf e Risley (1968), a ABA é orientada por sete dimensões essenciais: ser aplicada, comportamental, analítica, tecnológica, conceitualmente sistemática, efetiva e generalizável, dimensões que reforçam seu compromisso com uma prática baseada em evidências. Com o avanço da ABA enquanto ciência e prática, emergem também aspectos éticos e sociais, destacando a necessidade de uma abordagem mais compassiva e humanizada. Essa expansão do campo reflete a importância da sensibilidade no atendimento, como enfatizado por Taylor et al. (2019), que sugerem a compaixão como uma potencial “oitava dimensão” da ABA. Nesse contexto, a compaixão é considerada fundamental para integrar cuidado e sensibilidade ética ao tratamento, priorizando o bem-estar do aprendiz e sua família como elementos centrais de uma prática ética e personalizada.

Ao longo dos anos, a ABA passou por revisões significativas, especialmente em relação a abordagens tradicionais que poderiam ser percebidas como excessivamente rígidas ou punitivas. Embora baseadas em princípios científicos, algumas intervenções de ABA foram criticadas por, em certos contextos, negligenciarem as necessidades emocionais e a individualidade dos

aprendizes (Leaf et al., 2020). Tais críticas reforçam a importância de manter um processo contínuo de reavaliação e ajuste de práticas, assegurando que elas evoluam em resposta a novas evidências, demandas sociais e questões éticas emergentes.

A revisão crítica de práticas baseadas em evidências é essencial para preservar a integridade e relevância de qualquer ciência aplicada, incluindo a ABA. Green e Johnson (2019) destacam a importância de que os analistas do comportamento considerem os valores, preferências e direitos individuais dos aprendizes e suas famílias. Incorporar esses aspectos implica promover uma prática que respeite a autonomia e dignidade de cada pessoa envolvida, o que amplia o compromisso com resultados efetivos sem desconsiderar o bem-estar integral dos aprendizes.

A inclusão de uma abordagem mais compassiva, conforme enfatizado por LeBlanc et al. (2020), vem sendo cada vez mais adotada na ABA, com o intuito de evitar práticas potencialmente invasivas ou desrespeitosas. A compaixão traz à prática analítico-comportamental uma dimensão que considera o aprendiz como um ser humano complexo, cujo contexto, emoções e valores devem ser levados em conta. Essa abordagem compassiva está sendo cada vez mais integrada à comunidade ABA, não apenas por questões éticas, mas também pelo impacto positivo que ela tem na qualidade do atendimento e na satisfação do aprendiz e de sua família.

Assim, a ABA se consolida como uma prática científica que busca não só resultados quantificáveis, mas também valoriza o respeito e a empatia. Reconhecer que o aprendiz traz

consigo sua história e suas especificidades permite que a prática da ABA seja cada vez mais humanizada, alinhada a um compromisso ético que respeita tanto a ciência quanto a experiência individual. Essa evolução reflete a maturidade científica de uma prática que acolhe revisões contínuas e adaptações, reconhecendo que a ciência aplicada, quando guiada pela ética e compaixão, se torna mais eficaz e inclusiva.

Ao introduzir a compaixão como uma dimensão central, Taylor et al. (2019) propõem que ela seja mais do que uma característica desejável: ela deve ser uma prática sistemática e ética, integrando habilidades interpessoais e empáticas na atuação dos profissionais de ABA. A compaixão, nesse sentido, inclui escuta ativa, sensibilidade ao sofrimento e um compromisso com o bem-estar emocional e contextual do aprendiz. Para que a compaixão se torne um pilar na ABA, o analista do comportamento deve estar aberto a adaptar suas intervenções com base nas respostas e feedback do aprendiz e de sua família, respeitando valores, limitações e preferências individuais. Essa abordagem personificada reflete valores como a beneficência e a autodeterminação, princípios éticos que buscam promover o máximo benefício para o aprendiz, respeitando sua capacidade de escolha e independência.

Uma prática compassiva pode, por exemplo, envolver a personalização de estratégias para que elas se alinhem aos interesses e estilo de aprendizagem do aprendiz, em vez de seguir um protocolo fixo. Esse respeito pela individualidade também reflete o valor da inclusão, ao garantir que cada aprendiz receba uma intervenção adequada à sua realidade e necessidades. Quando as intervenções são ajustadas dessa forma, elas se tornam mais acolhedoras e eficazes, criando um ambiente de confiança e promovendo uma relação terapêutica positiva entre o analista e o aprendiz. LeBlanc et al. (2020) destacam que essa relação terapêutica de confiança é essencial para o sucesso do tratamento, especialmente em intervenções de longo prazo.

Além disso, a prática compassiva na ABA contribui para a justiça social e excelência profissional. A justiça social exige que todos os aprendizes tenham acesso a práticas ABA éticas e respeitadas, que considerem tanto os fatores individuais quanto os contextuais. Isso inclui garantir que as intervenções respeitem a dignida-

de de cada aprendiz, promovendo uma prática verdadeiramente inclusiva. A excelência profissional, por sua vez, reflete-se na busca constante por intervenções de qualidade que alinhem eficácia com respeito e empatia, ampliando o impacto positivo da ABA na vida dos aprendizes e suas famílias.

Dessa forma, a integração da compaixão como uma dimensão fundamental reforça a ABA como uma prática científica ética e inclusiva, comprometida não apenas com resultados técnicos, mas também com o respeito ao indivíduo, sua autodeterminação e bem-estar integral. Ao seguir essa orientação, a ABA se posiciona como uma prática cada vez mais humanizada e sensível ao contexto social, respeitando os direitos dos aprendizes e promovendo um ambiente de desenvolvimento no qual eles possam prosperar.

A inclusão da compaixão como uma dimensão da ABA tem demonstrado efeitos positivos na adesão ao tratamento e na satisfação das famílias. Segundo Leaf e colaboradores (2020), práticas que priorizam o bem-estar emocional do aprendiz ajudam a reduzir o estresse e aumentam o engajamento, facilitando a aplicação das intervenções e promovendo resultados mais consistentes. Quando analistas do comportamento demonstram empatia e sensibilidade em suas interações, há um aumento na disposição das famílias em seguir as recomendações terapêuticas e em colaborar no processo.

Ademais, a prática compassiva na ABA também beneficia os próprios profissionais, reduzindo o desgaste e o estresse associados ao trabalho. Uma prática centrada no aprendiz e fundamentada na compaixão ajuda os terapeutas a desenvolverem um senso mais profundo de propósito, contribuindo para um ambiente terapêutico positivo e para a sustentabilidade da prática a longo prazo (Taylor et al., 2019). Essa abordagem está alinhada aos princípios éticos da Associação de Analistas do Comportamento Certificados (BACB), que incentivam os profissionais a agirem com integridade e a sempre buscar o melhor interesse dos aprendizes.

A introdução da compaixão como uma dimensão essencial representa uma evolução significativa na ciência do comportamento, reforçando a ética na prática da ABA e permitindo que o tratamento seja mais personalizado e adaptado às necessidades individuais do aprendiz. Pesquisas em andamento sugerem que a

compaixão pode se tornar um padrão de prática, estabelecendo novas diretrizes para intervenções que valorizem o respeito e a empatia em cada interação (LeBlanc et al., 2020).

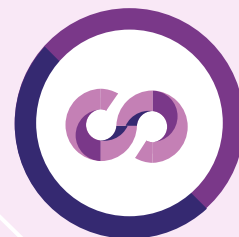
Conforme mais profissionais adotam uma postura compassiva, a ABA se aproxima de uma abordagem terapêutica que equilibra ciência e humanização. Essa combinação permite alcançar não apenas mudanças comportamentais, mas também o fortalecimento de relações de confiança e o desenvolvimento de habilidades que respeitam o ritmo e valores de cada aprendiz. Incorporar a compaixão como uma dimensão central na prática da ABA responde às crescentes demandas éticas e sociais de humanização na ciência do comportamento. A prática compassiva amplia o alcance da ABA, fortalecendo a relação terapêutica e promovendo uma abordagem mais inclusiva e respeitosa. Ao integrar a compaixão em sua prática, os profissionais de ABA podem garantir que o tratamento seja, ao mesmo tempo, tecnicamente eficaz e sensível às necessidades e experiências únicas de cada aprendiz.

Referências

- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Green, G., & Johnson, S. (2019). Ethical issues and concerns in behavior analysis: Emerging perspectives. *Behavioral Ethics*, 45(3), 265-278.
- LeBlanc, L. A., Taylor, B. A., & Marchese, N. (2020). Building rapport and creating compassionate environments in ABA. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(1), 23-34.
- Leaf, J. B., Cihon, J. H., Ferguson, J. L., et al. (2020). Moving forward: Integrating compassionate care into ABA practice. *Behavior Analysis in Practice*, 13(2), 339-350.
- Taylor, B. A., LeBlanc, L. A., & Nosik, M. R. (2019). Compassionate care in applied behavior analysis: An introduction to the "8th dimension". *Behavior Analysis in Practice*, 12(4), 889-898.



CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO



ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA (ABA) VOLTADA PARA O AUTISMO E OUTRAS NEURODIVERGÊNCIAS

Para mais informações acesse:
WWW.IBAC.COM.BR/PTEA

Em parceria com a
Faculdade São Marcos

Compreendendo como funciona o tratamento em Terapia Comportamental Dialética (DBT)



Andreia Laura Ribeiro de Castro

ISSN 3085-6426

Especialista em Terapia Comportamental Dialética (CAAESM). Formação no programa de Maestria em Terapia Comportamental Dialética (ELLO). Psicóloga no contexto clínico (CRP 04/65683) e treinadora de habilidades em DBT.

A terapia comportamental dialética, comumente chamada de DBT, é uma terapia baseada em princípios e que possui protocolos (Linehan, 1993). Ela tem como base três paradigmas principais: aceitação, mudança e dialética (Swenson, 2016). Segundo Linehan (1993), a DBT é estruturada em torno de diferentes modos de tratamento: terapia individual, treinamento de habilidades, coaching telefônico e equipe de consultoria, cada um com funções específicas, como motivar o paciente, desenvolver competências, auxiliar na generalização e aumentar a motivação e aderência do terapeuta, respectivamente. A teoria central que fundamenta o tratamento é a Teoria Biossocial (Koerner, 2011). A terapia foi desenvolvida por Marsha Linehan e colaboradores em meados da década de 1970, quando a autora percebeu dificuldades em identificar tratamentos eficazes para pessoas com comportamento cronicamente suicida (Boggiano & Gagliese, 2018). Em momentos posteriores, alguns ensaios clínicos randomizados mostraram bons resultados para o Transtorno de Personalidade Borderline e outros problemas caracterizados por desregulação emocional generalizada (Koerner, 2011).

Os Paradigmas da Terapia Comportamental Dialética

Ao observar o cenário das terapias da época, percebia-se uma forte tendência a orientações voltadas para a mudança, muitas vezes em função do desejo do terapeuta de corresponder às expectativas do paciente em lidar com a dor emocional (Linehan, 1993). Porém, como alerta Linehan (1993), uma terapia baseada ape-

nas em estratégias de mudança pode repetir padrões de invalidação do ambiente, reforçando a ideia de que o paciente é o problema que precisa ser mudado e que as reações emocionais, interpretações de eventos e respostas comportamentais por ele experimentadas não são confiáveis. Assim, a autora testa práticas baseadas na aceitação, inspiradas tanto nos ensinamentos do Zen-budismo quanto na psicologia ocidental. Essas práticas se concentram em promover a aceitação do momento presente tal como ele é, incentivando um mergulho na experiência atual, sem julgamentos, culpa ou manipulação (Linehan, 1993).

Embora uma terapia pautada apenas na mudança seja invalidante, uma terapia baseada exclusivamente na aceitação pode ter o mesmo efeito. Isso ocorre porque o paciente pode acreditar que os desafios dele não estão sendo levados a sério pelo terapeuta, além da tendência de não solucionar os problemas existentes, vivendo constantemente imerso neles e diminuindo a crença na possibilidade de mudança (Linehan, 1993). Assim, Linehan (1993) aponta que é fundamental que o paciente aprenda a aceitar o sofrimento, enquanto promove mudanças em comportamentos e padrões de respostas disfuncionais.

Em busca desse equilíbrio, Linehan (1993) incorporou ao tratamento os princípios da dialética, que propõem que opostos, como aceitação e mudança, podem ser verdadeiros e coexistir. A autora define a terapia dialética como um conjunto de estratégias e formas de comunicação que alternam rapidamente entre um estilo que expressa empatia e reciprocidade e outro que utiliza de irreverência.

Além disso, Linehan (1993) complementa que a dialética é uma abordagem que promove a persuasão por meio do diálogo, no qual as ideias opostas do terapeuta (tese) e do paciente (antítese) se reúnem e geram novos significados (síntese). Esse processo permite que ambos observem aspectos que antes passaram despercebidos, aproximando-se da essência do sujeito (Linehan, 1993). Para Linehan (1993), ambos os lados representam um ponto de verdade em determinado momento, afastando-se da ideia de dicotomia e possibilitando movimento à terapia. Afinal, a todo momento surgem uma tese e uma antítese, alcançando novas sínteses, reforçando a ideia de que a verdade final é inatingível (Linehan, 1993).

Consoante à mesma autora, a compreensão da Terapia Dialética fundamenta-se na visão dialética do mundo, que enfatiza a interdependência e a totalidade, onde cada elemento é parte de um todo. Assim, uma mudança em qualquer parte desse sistema pode influenciar as partes interligadas; portanto, uma alteração em um comportamento, independentemente de qual seja, pode impactar o ambiente como um todo (Linehan, 1993; Swenson, 2016).

Acrescenta-se na visão dialética do mundo, o princípio da polaridade, que se baseia na perspectiva de que, em todo ambiente, coexistem ideias opostas (Linehan, 1993). Essa dualidade permite que a realidade seja percebida a partir dessas perspectivas, designadas como tese e antítese. Um terceiro princípio consiste na ideia de que a mudança é a única constante, considerando a realidade como não estática (Linehan, 1993). A visão de mundo dialética corrobora para o entendimento dos pressupostos dialéticos e dos dilemas dialéticos e oferece uma gama de estratégias dialéticas, utilizadas pelo terapeuta (Linehan, 1993). Isso possibilita o que Linehan (1993) se refere a 'dança dialética', caracterizada pelo movimento do tratamento e pela combinação desses três paradigmas.

A Teoria Biossocial

Como uma tentativa de explicar o desenvolvimento da desregulação emocional, Linehan (1993) apresenta a Teoria Biossocial, que propõe que essa desregulação é resultado da interação entre a vulnerabilidade emocional e um ambiente invalidante. A desregulação emocional, conforme descrito por Koerner (2011), refere-se à

incapacidade de inibição, mesmo com grandes esforços, dos comportamentos associados às emoções, sejam eles verbais ou não. Essa condição abrange dificuldades no gerenciamento de respostas fisiológicas e dificulta o redirecionamento do foco para situações que não envolvem a problemática em questão (Koerner, 2011). A desregulação emocional resulta em várias consequências no funcionamento do indivíduo, incluindo desregulação do self, desregulação interpessoal e desregulação comportamental e cognitiva (Linehan, 1993).

A vulnerabilidade emocional é caracterizada pela combinação de sensibilidade emocional, alta intensidade emocional e responsividade, e lento retorno à linha basal emocional (Linehan, 1993). Segundo a autora, a sensibilidade emocional envolve a percepção de mudanças sutis no ambiente. A intensidade emocional é evidenciada por respostas emocionais intensas, nas quais o indivíduo atinge rapidamente níveis extremos de emoção, levando a ações impulsivas relacionadas a emoções (Linehan, 1993). O retorno lento à linha basal, conforme descrito por Linehan (1993), compreende em uma experiência mais duradoura da presença da emoção, já que ela exerce um impacto significativo nos processos cognitivos, influenciando a percepção, a aprendizagem e a memória. Assim, pode-se afirmar que a excitação emocional faz com que o indivíduo perceba as situações através da lente da emoção vivenciada, memorize com mais facilidade informações relacionadas a essa emoção, mantendo-se motivado por ela durante mais tempo (Linehan, 1993).

O ambiente invalidante, por sua vez, é aquele que julga como inadequada a comunicação das experiências privadas do indivíduo. Isso ocorre por meio de críticas, falta de responsividade às necessidades emocionais, comunicação de que a emoção não é válida ou que a expressão emocional é inapropriada, além da imposição de metas irrealistas sobre como sentir e regular as emoções (Linehan, 1993). Em geral, Linehan (1993) afirma que ambientes com essas características não proporcionam habilidades adequadas para que o indivíduo lide com as próprias necessidades e respostas emocionais. Como resultado, ocorre a falta de aprendizado de estratégias de regulação emocional, que contribui para o desenvolvimento de comportamentos inefetivos (Linehan, 1993).

A autora complementa que um ambiente

invalidante tende a reforçar expressões emocionais intensas, ao passo que pune a comunicação emocional funcional e responde a reações extremas de emoção. Dessa forma, o indivíduo aprende a oscilar entre respostas emocionais extremas e inibição emocional (Linehan, 1993). Por fim, ao ensinar que não se deve confiar nas próprias respostas emocionais e cognitivas, o indivíduo aprende a se autoinvalidar, resultando em uma busca constante por satisfação das expectativas do meio no qual está inserido (Linehan, 1993).

Para Koerner (2011), indivíduos que possuem uma vulnerabilidade emocional considerável, níveis de invalidação menos extremos já são causas de problemas significativos. Nesse contexto, é necessário que o ambiente desenvolva estruturas e orientações pertinentes para às necessidades do indivíduo biologicamente vulnerável (Koerner, 2011). A problemática existente, segundo a mesma autora, é que uma parcela pequena de pais e responsáveis, conseguem desenvolver tais habilidades.

É importante destacar que a desregulação emocional global se manifesta quando a vulnerabilidade emocional e um ambiente invalidante entram em transação ao longo do tempo (Linehan, 1993). Essa combinação pode resultar em um ambiente amplamente invalidante, onde tanto o indivíduo quanto o ambiente reforçam comportamentos disfuncionais em ambos (Koerner, 2011). Linehan (1993) complementa que as respostas da criança em inibir o afeto diante da invalidação reforçam o comportamento invalidante da família, pois à medida que o ambiente sinaliza que as emoções e as opiniões são injustificáveis, o indivíduo tende a reprimir essas respostas, criando uma ideia falsa de controle emocional.

Diante das expectativas de um ambiente invalidante, é esperado que a criança mantenha comportamentos de controle emocional que não foram desenvolvidos por ela (Linehan, 1993). Isso leva, de acordo com Linehan (1993), em um primeiro momento, a inibição da expressão emocional. No entanto, segundo a mesma autora, sem habilidades efetivas para lidar com a regulação emocional, o ambiente se torna aversivo para a criança, resultando em um aumento das expressões de emoções negativas e comportamentos disfuncionais. Como consequência, os comportamentos do indivíduo tendem a se tornar aversivos para os cuidadores, que, desistem

de controlar e começam a reforçar expressões emocionais extremas, ao mesmo tempo que extinguem respostas funcionais de emoções expressadas de forma moderada (Linehan, 1993). As características associadas aos problemas com a desregulação emocional global e o Transtorno de Personalidade Borderline, são consequências da combinação entre as irregularidades biológicas e os ambientes disfuncionais (Koerner, 2011). Os indivíduos com tais características que sofreram invalidação significativa na infância, tendem a adotar características desse ambiente na vida adulta (Linehan, 1993). Nesse sentido, o indivíduo passa a vivenciar dilemas de subcontrole e supercontrole emocional e de suas expressões, o que é chamado por Linehan (1993), de dilemas dialéticos.

Linehan (1993), ao reconhecer que a desregulação emocional tem efeito sobre as demais instabilidades, define a instabilidade cognitiva como a dificuldade em manter pensamentos, aprendizados e crenças que não se alinham com as experiências emocionais do presente. A autora afirma que pacientes que apresentam desregulação emocional global, tendem a ter aspectos cognitivos respondentes a aspectos emocionais. A instabilidade na identidade, por sua vez, pode levar a pessoa a enfrentar dificuldades na tomada de decisão ou a inibir comportamentos que não possuem aprovação pelo ambiente ao seu redor, favorecendo, assim, a sensação de vazio e mudanças abruptas de interesse (Linehan, 1993).

Pacientes com desregulação emocional global também tendem a apresentar instabilidade interpessoal, caracterizada pela dificuldade em manter relacionamentos duradouros e livres de conflitos (Linehan, 1993). Esse fator é considerado por Linehan (1993), como resultado da dificuldade em regular as emoções, acrescida do reforço intermitente de emoções extremas. Por outro lado, a instabilidade interpessoal também pode ser percebida pelo isolamento social, motivado pelo medo de agir de maneira extrema ou por crenças sobre ser incapaz de lidar com as próprias emoções e comportamentos nas relações, decorrentes de experiências passadas que reforçam essa ideia (Linehan, 1993).

Por fim, a instabilidade comportamental. A partir da Teoria Biossocial descrita por Linehan (1993), pressupõe-se que o déficit de habilidades efetivas para lidar com as emoções, torna o indivíduo mais suscetível ao desenvol-

vimento de comportamentos inefetivos para lidar com o sofrimento. Nesse sentido, a Terapia Comportamental Dialética oferece uma compreensão dos comportamentos disfuncionais, autolesivos e suicidas como estratégias inefetivas de lidar com a dor emocional (Linehan, 1993). Ademais, Linehan (1993) descreve o comportamento suicida como uma maneira de evocar apoio solidário do ambiente.

Modos e Funções do Tratamento

Dada a complexidade da desregulação emocional e a interferência nas instabilidades de identidade, cognitiva, interpessoal e comportamental, o tratamento em DBT foi concebido de forma abrangente, com modos e funções que abordam os sofrimentos do paciente e cuidam da motivação do terapeuta (Koerner, 2011).

Conforme exposto anteriormente, comportamentos problemáticos muitas vezes se desenvolvem devido à falta de habilidades para lidar de maneira efetiva com situações problemas (Linehan, 1993). Nesse contexto, foi introduzido o modo de Treinamento de Habilidades, que funciona como aulas com a função de ampliar as capacidades do paciente. Esse treinamento inclui o ensino de habilidades de mindfulness, tolerância ao mal-estar, efetividade interpessoal e regulação emocional (Linehan, 1993). A necessidade desse modo, é justificada pelo perfil dos pacientes que se enquadram no tratamento DBT, caracterizados por apresentarem múltiplos problemas, inviabilizando o ensino, treino e fornecimento de feedbacks corretivos na terapia individual (Linehan, 1993).

As habilidades de mindfulness são fundamentais para o desenvolvimento e aprendizado de todas as outras habilidades, desempenhando um papel central no treinamento e tratamento (Linehan, 2015). Para Linehan (2015), elas têm como objetivo promover a atenção plena ao momento presente, aceitando a realidade como um todo, sem apego ou julgamento. As habilidades de mindfulness possibilitam a compreensão do equilíbrio entre respostas emocionais intensas e a autoinvalidação emocional, possibilitando o desenvolvimento de comportamentos hábeis a partir do que Linehan (2015), denominou como mente sábia.

As habilidades tolerância ao mal-estar são utilizadas em situações de extrema intensidade emocional, ou momentos de crise emocio-

nal (Linehan, 2015). Linehan (2015), acrescenta que essas habilidades possibilitam o manejo de comportamentos impulsivos e da fisiologia corporal. Para a autora, os principais objetivos desse grupo de habilidades consistem na aceitação radical de uma situação que não pode ser modificada no momento e na possibilidade de passar pelo momento de dor sem se engajar em comportamentos-problema.

Linehan (2015) também apresenta as habilidades de regulação emocional, que destacam a nomeação e o entendimento das emoções, o cuidado com a vulnerabilidade emocional, o engajamento em estratégias de solução de problemas e/ou uso de habilidades que podem alterar a emoção ou a intensidade emocional sentida. Além disso, Linehan (2015) discorre sobre as habilidades de efetividade interpessoal, que auxiliam o indivíduo a lidar com situações interpessoais, saindo do isolamento e de relacionamentos destrutivos, a partir do entendimento das prioridades e objetivos nas interações.

Para Linehan (1993), uma das funções do tratamento em DBT é melhorar e manter a motivação do paciente, sendo essa função relacionada à terapia individual. A autora complementa que é na terapia individual que o paciente define metas e valores a serem traçados, identifica e trabalha os comportamentos problemáticos e faz a integração dos demais modos de tratamento. Nesse sentido, Linehan (1993) ainda ressalta que a terapia individual é constituída por uma hierarquia de alvos, definidas por pré-tratamento e outros quatro estágios.

O pré-tratamento é definido por Swenson (2016) como o momento em que se discute sobre a construção de uma vida que vale a pena ser vivida. Linehan (1993) considera que, nesse estágio, é realizada a preparação para a terapia, na qual é feito um acordo em que ambos desejam trabalhar nesse tratamento, alinhando as expectativas do paciente e terapeuta. Nesse momento, também ocorre a identificação de metas e valores do paciente e a seleção dos comportamentos-alvo a serem trabalhados (Swenson, 2016).

No primeiro estágio, o tratamento é concentrado no descontrole comportamental, identificando comportamentos do paciente que representam risco à própria vida e à vida de terceiros, além de comportamentos que comprometem a qualidade de vida, que interferem na terapia e que afetam a integridade da vida

(Linehan, 1993; Swenson, 2016). O segundo estágio, denominado “desespero silencioso”, é iniciado assim que o paciente consegue sair do descontrole comportamental, ou seja, quando não apresenta mais nenhum comportamento do primeiro estágio (Swenson, 2016). Entretanto, o paciente ainda vivencia um sofrimento muito intenso, apresenta comportamentos de esquivas experienciais, transtornos residuais importantes, resquícios de invalidações, situações de exclusão social ou dificuldades relacionadas aos dilemas dialéticos (Linehan, 1993; Swenson, 2016).

Ao trabalhar os alvos do segundo estágio, inicia-se o terceiro estágio. Segundo Linehan (1993), nesse momento do tratamento, são abordadas questões relacionadas ao autorrespeito e aos comportamentos associados a problemas cotidianos que não estão correlacionados com comportamentos suicidas. Por fim, Swenson (2016) explica que o quarto estágio é trabalhado sobre o estado de completude, ou a conquista de valores importantes para o paciente, apresentando métodos menos definidos e grande correlação com as práticas de mindfulness. Para alguns pacientes, o mesmo autor ressalta que o tratamento em DBT pode terminar no terceiro estágio.

Além do treinamento de habilidades e da terapia individual, outra modalidade da DBT apresentada por Linehan (1993) é o coaching telefônico, que tem como objetivo mudar os padrões disfuncionais de pedido de ajuda, frequentemente expressos por comportamentos suicidas ou auto lesivos. Nesse sentido, a autora defende que o coaching telefônico é um dos meios de capacitar o paciente a pedir ajuda de forma funcional, distanciando-o dos comportamentos de risco. Outras funções do coaching telefônico incluem a generalização de habilidades comportamentais em outros contextos da vida cotidiana e a resolução de conflitos na relação terapêutica (Linehan, 1993). Segundo a mesma autora, a consultoria telefônica consiste em ligações para o terapeuta fora dos horários das sessões. Quando essas ligações são realizadas em momentos de crise suicida, o terapeuta deve avaliar os riscos existentes para o paciente, desenvolver estratégias que o tirem do risco e auxiliá-lo a pensar em estratégias para caso a situação volte a acontecer (Linehan, 1993). Quando o coaching é usado para a generalização de habilidades, o terapeuta deve influenciar o pacien-

te a fazer uso das habilidades (Linehan, 1993). Conforme Linehan (1993), o modo consultoria terapêutica tem a função de auxiliar o terapeuta a manter a aderência ao modelo de tratamento DBT, trabalhar as motivações do terapeuta e contribuir com eles de forma empática frente aos desafios enfrentados. Nesse sentido, a equipe de consultoria é composta por profissionais aderentes ao tratamento DBT, garantindo que as dificuldades de cada profissional sejam validadas e abordadas (Linehan, 1993).

Uma última função do tratamento é a estruturação do ambiente, que é compreendida como as possibilidades de conhecimento do papel para a aplicação de um tratamento eficiente dentro do DBT, aumentando as oportunidades para o paciente de maneira geral e para o terapeuta (Koerner, 2011). Linehan (1993) define a estruturação do ambiente como de grande importância para que o paciente consiga desenvolver e generalizar as habilidades possíveis, permitindo a realização de sessões com pares, familiares, a transmissão de relatórios e a capacitação do paciente em relação a essa estruturação.

Portanto, a terapia comportamental dialética é entendida hoje como um tratamento com bons resultados em ensaios clínicos randomizados para os casos mencionados anteriormente, quando todos os modos e funções estão funcionando de forma conjunta, sendo chamada de DBT Standard (Swenson, 2016). É uma terapia que se pauta, sobretudo, no modelo emocional, tendo como principal teoria a biossocial, e os principais paradigmas de aceitação, mudança e dialética (Linehan, 1993). Ela contribui significativamente para pacientes e terapeutas em casos complexos que têm como marco a desregulação emocional global (Koerner, 2011).

Referências

- Boggiano, J.P., & Gagliese, P. (2018). Terapia Dialético Conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional (Capítulo 1, pp. 17-50). EDULP.
- Koerner, K. (2011). Doing Dialectical Behavior Therapy: A practical guide (Capítulo 1, pp.23-60). The Guilford Press
- Linehan, M. (1993). Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press
- Linehan, M. (2015). DBT Skills Training Manual, (2ª ed.). The Guilford Press
- Swenson, C.R. (2016). DBT Principles in Action: Acceptance, change, and dialectics. The Guilford Press



CURSO DE
FORMAÇÃO

**TERAPIA
COMPORTAMENTAL
DIALÉTICA - DBT**

Para mais informações acesse:
WWW.IBAC.COM.BR/DBT



Atualização em psicoterapias empiricamente sustentadas para a depressão



Curt Hemanny

ISSN 3085-6426

Psicólogo Clínico, Doutor e Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas (UFBA). Tem Formação em Terapias Comportamentais e Cognitivas e expertise em Terapia de Ativação Comportamental para Depressão. Docente na Faculdade de Ciências Médicas Afya, Guanambi.

Robert Messias



Psicólogo (UFMG). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Cognição e Comportamento (UFMG). Formação em Prática da Psicologia Baseada em Evidências (INPBE). Fundador e Ex-Presidente da Liga de Terapias Cognitivo-Comportamentais (LiTeCC- UFMG).

O presente artigo tem como objetivo fornecer uma atualização compreensiva sobre as evidências acumuladas acerca de tratamentos psicoterapêuticos para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), apoiados principalmente em ensaios clínicos randomizados (ECR) e metanálises (Hemanny & de Oliveira, 2024a; Leonardi et al., 2024). Além disso, este artigo apresenta algumas evidências de eficácia de psicoterapias para o Transtorno Depressivo Persistente (TDP) e a Depressão Resistente ao Tratamento (DRT) (American Psychiatric Association, 2023; Ijaz et al., 2018).

O TDM é caracterizado por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações no apetite, no sono, na energia, na psicomotricidade, sentimentos de culpa e desvalor, e pensamentos e comportamentos suicidas. Esses sintomas persistem pelo período de, pelo menos, 2 semanas (American Psychiatric Association, 2023) e são acompanhados de mudanças comportamentais marcantes: há maior passividade e menor comportamento de busca e exploração, incluindo comportamentos de isolamento social, abandono de atividades, permanência por períodos extensos na cama e realização de atividades de forma automática enquanto ocorrem ruminações acerca de falhas, erros e situações do passado (Beck, 1963; Hemanny et al., 2023a). Os fatores etiológicos do TDM são complexos, variados e interdependentes (Marx et al., 2023), incluindo predisposições genéticas, alterações

na bioquímica cerebral e exposição a eventos estressores (Hemanny et al., 2023a).

O TDM apresenta boas chances de remissão e resposta ao tratamento, que alcançam mais de 60% dos pacientes quando tratado adequadamente (Lam et al., 2024). Os tratamentos de primeira escolha incluem psicoterapia, antidepressivos ou a combinação de ambos (Malhi et al., 2021; Lam et al., 2024). A resposta ao tratamento é definida como uma redução de 50% na intensidade dos sintomas, de acordo com escalas validadas. Já a remissão corresponde a uma melhora superior a 80% ou à ausência de sintomas, acompanhada do retorno ao funcionamento pré-mórbido. A recuperação é alcançada quando a remissão é sustentada por um período superior a dois meses (Cuijpers et al., 2021; Culpepper et al., 2015; Malhi et al., 2021). A DRT é uma classificação psiquiátrica que, geralmente, descreve a falha no tratamento com dois antidepressivos administrados em doses e duração adequadas (Quevedo et al., 2022). Tratamentos empiricamente sustentados são aqueles submetidos a rigorosos testes clínicos, como ECR e metanálises (Hemanny & de Oliveira, 2024a; Hemanny & de Oliveira, 2024b; Leonardi et al., 2024), incluindo psicoterapia, psicofármacos, eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana, escetamina, exercício físico e mudanças de hábitos (Lam et al., 2024; Quevedo et al., 2022; Watts et al., 2022).

Segundo a Sociedade de Psicologia Clíni-

ca (Divisão 12) da American Psychological Association (APA), há mais de 80 modelos diferentes de psicoterapia ou intervenções psicológicas em sua base de dados, disponíveis em <https://div12.org/treatments/> (Society of Clinical Psychology, 2024). A iniciativa Common Language for Psychotherapy lista atualmente 124 psicoterapias e procedimentos (Common Language for Psychotherapy, 2024), embora o site não seja atualizado há mais de uma década. Essa diversidade de modelos incentiva a busca por psicoterapias que sejam, de fato, eficazes, ou seja, capazes de produzir mudanças significativas no curso clínico do transtorno, mensuradas por parâmetros validados, em populações bem definidas e sob condições controladas (Hemanny & de Oliveira, 2024a; Leonardi et al., 2024). Essa abordagem permite a aplicação de intervenções por meio do raciocínio clínico fundamentado na prática baseada em evidências, que propõe decisões embasadas em tratamentos empiricamente sustentados, perícia clínica e sensibilidade às preferências e particularidades do paciente (Cuijpers, 2016; Leonardi et al., 2024).

Definição de Psicoterapia

Psicoterapia é definida como a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e interações interpessoais, com o objetivo de auxiliar indivíduos a modificar comportamentos, cognições, emoções e outras características pessoais de maneiras que sejam benéficas e desejáveis (Campbell et al., 2013).

As psicoterapias envolvem diversos componentes de mudança, agrupados em fatores comuns e específicos. Os fatores específicos são componentes ativos, circunscritos aos modelos terapêuticos, como técnicas de exposição ou questionamento socrático. Já os fatores comuns referem-se a elementos como vínculo, aliança, colaboração e confiança no terapeuta, que estão presentes em todos os modelos considerados “psicoterapias” (McAleavey & Castonguay, 2015).

Diante da variedade de componentes envolvidos no processo psicoterapêutico, orientar diferentes populações sobre o que é psicoterapia e como ela funciona tem se mostrado crucial para aumentar a adesão e o acesso a tratamentos (Herman et al., 2022). Definir sistematicamente a psicoterapia também constitui a base para o treinamento e a capacitação técnica de profis-

sionais da saúde mental, embora isso represente um desafio significativo (Cuijpers, 2016; 2017). Além disso, uma legislação mais clara e robusta sobre a prática profissional é essencial, especialmente em um contexto onde a saúde mental se consolidou como uma questão de saúde pública global (Herman et al., 2022).

Psicoterapias para a Depressão

Nas últimas quatro décadas, observou-se um aumento significativo no volume de pesquisas focadas nas evidências de eficácia das psicoterapias, particularmente no tratamento do TDM, do TDP e, mais recentemente, da DRT (Ijaz et al., 2018; Kitay et al., 2023). Mais de oitenta metanálises já foram realizadas, demonstrando a eficácia de diferentes psicoterapias. Essas intervenções foram adaptadas para diversas populações e contextos culturais. Não há dúvidas de que as psicoterapias para o TDM são eficazes e constituem um dos tratamentos de primeira escolha, independentemente da gravidade do quadro (Plessen et al., 2023; Cuijpers et al., 2020; Cuijpers et al., 2021). Além de promoverem resposta e remissão dos sintomas depressivos, essas intervenções também impactam positivamente outros desfechos clínicos, como qualidade de vida, funcionalidade, suicidalidade e funcionamento familiar (Cuijpers et al., 2023a; Plessen et al., 2023). A aceitabilidade ou tolerância, frequentemente medida pela taxa de abandono do tratamento, é outro aspecto relevante e geralmente favorável às psicoterapias (Hemanny et al., 2023b).

A depressão é um transtorno e um sofrimento evitável, desde que tratada de forma adequada. Contudo, ela ainda é insuficientemente reconhecida e tratada em nível global por governos e comunidades, o que resulta em impactos negativos no desenvolvimento social e econômico. A comunidade científica e os profissionais da saúde têm sugerido esforços globais para ampliar a assistência às pessoas que sofrem de depressão em diferentes fases da vida (Herrman et al., 2022).

Eficácia de Diferentes Psicoterapias Empiricamente Sustentadas

Entre as dezenas de modelos psicoterapêuticos, pelo menos 15 já foram avaliados em ECR e metanálises (Cuijpers et al., 2020; Cui-

ppers et al., 2023b; Hemanny et al., 2023b), com diversas comparações entre as psicoterapias e entre estas e outros tratamentos ou condições de controle, como antidepressivos, placebo psicológico, lista de espera e tratamento usual (Cuijpers et al., 2023b; Ciharova et al., 2021).

O estudo de Cipriani et al. (2020) revelou que antidepressivos da classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) possuem eficácias semelhantes entre si. Por outro lado, estudos de Cuijpers et al. (2020; 2023a; 2023b) mostraram que diversas psicoterapias para o Transtorno Depressivo Maior (TDM) têm eficácia equivalente quando comparadas entre si, questionando a ideia de um “padrão ouro” entre as intervenções. Nos guidelines para TDM, o termo “padrão ouro” é substituído por “tratamentos de primeira escolha” ou “primeira linha” (Lam et al., 2024). Além disso, a combinação de psicoterapia com antidepressivos é mais eficaz do que qualquer uma das intervenções isoladamente (Cuijpers et al., 2023a; Hemanny et al., 2020).

Entre as psicoterapias mais estudadas e com maior comprovação empírica para o TDM destacam-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia de Ativação Comportamental, a Terapia Interpessoal, Terapia Psicodinâmica Breve, TCC baseada em mindfulness, Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia de Apoio, Life Review Therapy e Terapia de Solução de Problemas (Cuijpers et al., 2020a). Mais recentemente, a Terapia Cognitiva Processual vem se destacando como abordagem transdiagnóstica, com eficácia na redução de sintomas depressivos (Hemanny et al., 2020; Hemanny et al., 2023b) e suicidas (Hemanny, Sena & De Oliveira, 2022), complementando o cenário das psicoterapias empiricamente sustentadas (Hemanny & de Oliveira, 2024b).

Embora as metanálises apontem que dificilmente um modelo de psicoterapia orientado por fatores comuns, como vínculo e colaboração, ou por fatores específicos, como mudanças comportamentais e cognitivas, não seja eficaz para o TDM (Cuijpers, 2017; Cuijpers et al., 2020; Cuijpers et al., 2023a; Plessen et al., 2023), a superioridade de uma psicoterapia sobre outra exigiria um ECR com mais de 800 pacientes para atingir significância estatística. Mesmo que tal superioridade fosse encontrada, seus valores numéricos poderiam não ser clinicamente relevantes (Cuijpers et al., 2023a; Plessen et al.,

2023). Esses achados incentivam ampliar o acesso às intervenções existentes e realizar novos ECR para testar componentes psicoterapêuticos em populações e condições mais específicas, bem como avaliar outros desfechos (Cuijpers, 2016; Cuijpers et al., 2023a).

Um campo que merece destaque é o impacto das psicoterapias em transtornos graves e crônicos, como o TDP e a DRT (Ijaz et al., 2018; Quevedo et al., 2022). Para o TDP, há evidências robustas em favor da Terapia Interpessoal e da CBASP (Psicoterapia de análise de sistemas cognitivo-comportamentais) (Cuijpers et al., 2010; Lam et al., 2024). Por outro lado, estudos sobre psicoterapias para a DRT ainda são escassos, mas as melhores evidências sugerem que a combinação de TCC com antidepressivos é mais eficaz do que o tratamento usual. A TCC também mostrou eficácia na prevenção de recaídas e na redução de sintomas residuais em depressões crônicas, especialmente quando combinada com eletroconvulsoterapia, antidepressivos ou escetamina (Brakemeier et al., 2013). Ensaios clínicos randomizados sobre essas combinações estão em andamento e têm apresentado resultados promissores (Wilkinson et al., 2021; Kitay et al., 2023).

Considerações Finais

Este artigo apresentou um panorama sobre o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), do Transtorno Depressivo Persistente (TDP) e da Depressão Resistente ao Tratamento (DRT), destacando a importância da prática baseada em evidências para a escolha de intervenções eficazes. Estudos revisados sugerem que, embora tratamentos individuais, como psicoterapias ou medicações, sejam eficazes, estratégias combinadas frequentemente proporcionam melhores resultados.

A identificação de componentes terapêuticos eficazes, como aliança terapêutica, mudanças comportamentais e cognitivas, e o incentivo ao aumento do contato interpessoal, é essencial no manejo das depressões.

Apesar de avanços consideráveis, ainda existem lacunas significativas no tratamento de transtornos graves, como o TDP e a DRT. Evidências recentes apontam que a combinação de TCC com intervenções como antidepressivos, eletroconvulsoterapia ou escetamina melhora os sintomas, mantém os ganhos terapêuticos e

previne recaídas. Garantir que os pacientes tenham acesso a tratamentos adaptados às suas necessidades individuais é fundamental para melhorar os desfechos terapêuticos e promover a recuperação.

Referências

- American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed., texto revisado). Artmed.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333. <https://doi.org/10.1001/achpsyc.1963.01720160014002>
- Brakemeier, E. L., Merkl, A., Wilbertz, G., Quante, A., Regen, F., Bührsch, N., van Hall, F., Kischkel, E., Danker-Hopfe, H., Anghelescu, I., Heuser, I., Kathmann, N., & Bajbouj, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression: A randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 76(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.11.030>
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98-101. <https://doi.org/10.1037/a0031817>
- Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Karyotaki, E., Miguel, C., Noma, H., Cipriani, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(6), 563-574. <https://doi.org/10.1037/ccp0000654>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Common Language for Psychotherapy. (2024). Accepted entries. Acessado em 9 de dezembro de 2024, de <https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/accepted-entries.html>
- Cuijpers, P. (2016). The future of psychotherapy research: Stop the waste and focus on issues that matter. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4), 291-294. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000785>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30(3), 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288-299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Papola, D., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023a). Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'Meta-Analytic Research Domain'. *Journal of Affective Disorders*, 335, 141-151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.011>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023b). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Culpepper, L., Muskin, P. R., & Stahl, S. M. (2015). Major depressive disorder: Understanding the significance of residual symptoms and balancing efficacy with tolerability. *The American Journal of Medicine*, 128(9 Suppl.), S1-S15. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.07.001>
- Hemanny, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C., & de Oliveira, I. R. (2020). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: Preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectrums*, 25(4), 535-544. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001457>
- Hemanny, C., Sena, E. P. de, & de Oliveira, I. R. (2022). Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 47(1), 46-54. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13535>
- Hemanny, C., Moura, I., Pimenta Mello, M. A., Figueiredo, A. M., Demarzo, M., & de Oliveira, I. R. (2023a). Stressful life events and passive behavioral patterns in women with major depressive disorder: A mixed method analysis nested in a clinical trial. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00321-5>
- Hemanny, C., dos Santos, C. O., Moris, F. T. L., & Melnik, T. (2023). Trial-based cognitive therapy for depressive and anxious symptoms: A systematic review and meta-analysis of efficacy and dropout rates. *Journal of Mood Anxiety Disorders*, 1, 100005. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100005>
- Hemanny, C., & de Oliveira, I. R. (2024). Ensaio clínico randomizados em psicoterapia: Alcances e limites. In J. L. Leonardi (Org.), *Prática baseada em evidências em psicologia clínica: Fundamentos teóricos, questões metodológicas, diretrizes para implementação* (pp. 197-217). Manole.
- Hemanny, C., & de Oliveira, I. R. (2024b). Terapia cognitiva processual: Intervenção transdiagnóstica baseada em evidências para redução de sintomas de depressão e ansiedade. In T. Melnik (Org.), *Prática da psicologia baseada em evidências* (pp. 351-360). Manole.
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Kohrt, B. A., Maj, M., McGorry, P., Reynolds, C. F., Weissman, M. M., Chibanda, D., Dowrick, C., Howard, L. M., Hoven, C. W., Knapp, M., Mayberg, H. S., ...

- Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: A Lancet-World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 399(10328), 957-1022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02141-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02141-3)
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010558.pub2>
- Kitay, B. M., Murphy, E., Macaluso, M., Corlett, P. R., Hershenberg, R., Joormann, J., Martinez-Kaigi, V., Nikayin, S., Rhee, T. G., Sanacora, G., Shelton, R. C., Thase, M. E., & Wilkinson, S. T. (2023). Cognitive behavioral therapy following esketamine for major depression and suicidal ideation for relapse prevention: The CBT-ENDURE randomized clinical trial study protocol. *Psychiatry Research*, 330, 115585. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115585>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., Blier, P., Blumberger, D. M., Brietzke, E., Chakrabarty, T., Do, A., Frey, B. N., Giacobbe, P., Gratzer, D., Grigoriadis, S., Habert, J., Ishrat Husain, M., Ismail, Z., ... Milev, R. V. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641-687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>
- Leonardi, J. L., Catelan, R. F., Josua, D., & Pereira, T. M. (Eds.). (2024). *Prática baseada em evidências em psicologia clínica: Fundamentos teóricos, questões metodológicas, diretrizes para implementação*. Manole.
- Malhi, G. S., Bell, E., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Hazell, P., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Porter, R., Singh, A. B., Murray, G., & Parker, G. (2021). The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(1), 7-117. <https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
- Marx, W., Penninx, B. W. J. H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), Article 44. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00454-1>
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2015). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research* (pp. 293-310). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_15
- Plessen, C. Y., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., & Cuijpers, P. (2023). Exploring the efficacy of psychotherapies for depression: A multiverse meta-analysis. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300626. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300626>
- Quevedo, J. L., Riva-Posse, P., & Bobo, W. V. (Eds.). (2022). *Managing treatment-resistant depression: Road to novel therapeutics*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2020-0-02377-3>
- Society of Clinical Psychology. (2024.). *Psychological treatments*. Acessado em 9 de dezembro de 2024, de <https://div12.org/treatments>
- Watts, D., Garcia, F. D., Lacerda, A. L. T., Mari, J. J., Quarantini, L. C., & Kapczinski, F. (2022). Intranasal esketamine and the dawn of precision psychiatry. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(2), 117-118. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-0031>
- Wilkinson, S. T., Rhee, T. G., Joormann, J., Webler, R., Ortiz Lopez, M., Kitay, B., Fasula, M., Elder, C., Fenton, L., & Sanacora, G. (2021). Cognitive behavioral therapy to sustain the antidepressant effects of ketamine in treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(5), 318-327. <https://doi.org/10.1159/000517074>

CONHEÇA NOSSOS

CURSOS DE

FORMAÇÃO

Cursos de 100h



**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO**



**PSICOTERAPIA ANALÍTICA
FUNCIONAL**



**TERAPIA COMPORTAMENTAL
DIALÉTICA**



**TERAPIA FOCADA NA
COMPAIXÃO**



ORIENTAÇÃO PARENTAL

Cursos de 170h



**ANÁLISE COMPORTAMENTAL
CLÍNICA**



**TERAPIA ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL INFANTOJUVENIL**

Curso de 80h



**INTRODUÇÃO À ANÁLISE
COMPORTAMENTAL CLÍNICA**

Para mais informações acesse:
WWW.IBAC.COM.BR/CURSOS

(Auto)Avaliação de Competências Centrais da Terapia de Aceitação e Compromisso



Andressa Secchi Silveira

ISSN 3085-6426

Mestranda o Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento (UEL). Bacharela em Psicologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Especialista em Análise Comportamental Clínica pelo Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC). Formada em FAP e BA (IBAC), e ACT (Atitude). Psicóloga (CRP 07/35022).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo psicoterapêutico de origem estadunidense, embasado em filosofia contextualista funcional e em princípios comportamentais, incluindo a Teoria das Molduras Relacionais (RFT), cuja disseminação vem progressivamente ocorrendo entre psicólogos em diferentes países, inclusive no Brasil. Uma evidência disso é o crescimento da Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), que conta desde 2017 com um capítulo (braço) no Brasil (ACBS Brasil). Vinte e cinco anos já se passaram desde a publicação do primeiro livro sobre ACT (Hayes et al., 1999), e além da ampla literatura científica publicada, inúmeros livros - incluindo traduções para o português e livros nacionais originais - têm alcançado as prateleiras de livrarias especializadas.

A disseminação da ACT na comunidade brasileira de psicólogos é notável pelas publicações de livros, pelo surgimento de inúmeros cursos de formação e especialização em diferentes instituições de ensino, além de realização de pesquisas nacionais e discussões em eventos científicos. Assim, é essencial falar do desenvolvimento de competências centrais da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da autoavaliação dessas competências. Antes de qualquer outro argumento, é importante considerar a relevância em nível ético, relacionando o tema de autoavaliação de competências às responsabilidades do psicólogo previstas no Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP, 2005). Destaca-se que o Artigo 1 do CEPP prevê, entre os “deveres fundamentais dos psicólogos”: “assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado

pessoal, teórica e tecnicamente” e “prestar serviços psicológicos de qualidade (...) utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica (...)”.

Algumas questões podem ser colocadas: Quem define se um profissional está capacitado pessoal, teórica e tecnicamente? Quem avalia se os serviços prestados são de qualidade? Na prática, apesar de existirem possibilidades diferentes, na maior parte do tempo quem realiza tais avaliações é o próprio profissional que presta o serviço. Por esse motivo, é importante que cada profissional desenvolva um repertório que permita autoavaliar-se, independentemente de qual seja sua abordagem ou atuação profissional. Ao atuar com ACT, uma abordagem que muitas vezes é contra-intuitiva considerando a cultura ocidental de forma ampla, na qual o psicólogo está imerso desde que nasceu, isso é mais importante ainda. Muitos comportamentos específicos são esperados do terapeuta que realiza ACT com qualidade, como será explorado a seguir.

Enquanto modelo, em ACT postula-se que o sofrimento humano está relacionado à inflexibilidade psicológica, que pode ser entendida como um padrão de funcionamento rígido em que pensamentos e regras controlam excessivamente o comportamento de uma pessoa, de forma a torná-la menos sensível a mudanças ambientais. Como consequência, a vida de uma pessoa com inflexibilidade psicológica pode se tornar focada em agir de forma coerente com regras rígidas, aprendidas em algum momento da vida, e em esquivar-se de pensamentos e sensações desagradáveis. Esse padrão, em mui-

tos casos, deixa pouco tempo e energia disponível para o engajamento em comportamentos importantes, o que leva ao desenvolvimento de uma insatisfação com a própria vida que pode se manifestar de tantas maneiras diferentes quanto há pessoas diferentes. O objetivo principal do terapeuta em ACT não é diminuir “sintomas psicopatológicos” ou desenvolver repertórios pré-determinados. Atua de forma a promover a flexibilidade psicológica, um padrão de funcionamento cuja função é permitir, mesmo na presença de eventos privados (pensamentos, emoções e sensações) desagradáveis, que a pessoa aja guiada pelos próprios valores. Produzindo, assim, um contexto de vida significativo e reforçador, no qual é capaz de lidar com eventos privados desagradáveis sem ser dominado por eles.

No contexto de autoavaliação do psicoterapeuta ACT, deve-se evitar supor que o contato com determinados conhecimentos -por exemplo, durante um curso de especialização ou época de estudos continuados- é suficiente para o desenvolvimento de habilidades clínicas aplicadas; ou, ainda, capaz de suplantar a necessidade de constante observação e reavaliação da prática. Isso pode ser afirmado por vários motivos. Em primeiro lugar, é característico da ACT e das ciências que a fundamentam estar em constante aprimoramento. Novas descobertas podem mudar a compreensão de alguns conhecimentos e técnicas anteriormente aprendidas. Em segundo lugar, os clientes não são iguais entre si, e o psicólogo poderá ser capaz de prestar serviços em variados graus de qualidade, a depender de seu preparo para atender pessoas com diferentes características.

Além das questões relacionadas à teoria e aos clientes, é importante considerar a característica dinâmica do comportamento do terapeuta, que está o tempo todo sendo afetado, modificado e modelado por suas consequências. Diferentes acontecimentos, na vida pessoal e profissional do psicólogo, podem tornar menos frequentes comportamentos esperados de terapeutas ao fazer ACT e inadvertidamente reforçar comportamentos indesejáveis. Por exemplo, após um de seus clientes abandonar o tratamento sem explicação ou seguido a um feedback especialmente crítico de algum colega em um grupo de supervisão, um psicólogo pode ter dificuldades para apresentar flexibilidade psicológica em sessão e começar a fornecer orienta-

ções para resolução de problemas para o cliente como forma de aliviar a própria ansiedade. Na ausência de frequente auto observação, efeitos como esses poderão passar despercebidos até mesmo por psicólogos muito experientes. Portanto, é importante que o profissional desenvolva autonomia para manter-se atualizado e engajado com o aperfeiçoamento da sua prática e com seu automonitoramento, além de buscar apoio em psicoterapia pessoal e supervisão adequada às suas necessidades.

Ao longo da carreira do terapeuta, seu acesso aos diferentes recursos (como psicoterapia, supervisão, cursos de aperfeiçoamento) poderá oscilar, inclusive devido a pressões financeiras, das quais nenhum profissional está isento. Mesmo em momentos de maior isolamento na prática clínica, por mais notoriamente desagradável que seja essa solidão, o que sempre estará disponível a qualquer profissional é a possibilidade (e responsabilidade) de realizar a auto avaliação de seu comportamento clínico. Não existe uma única forma de auto avaliar-se, mas algumas recomendações podem ser feitas. Uma prática comum em diferentes processos de certificação da competência de terapeutas é a gravação dos atendimentos (com o consentimento do cliente e tomadas todas as medidas para a segurança dos materiais produzidos) para posterior verificação, por parte do próprio terapeuta (ou colegas qualificados e supervisores, quando possível) da adequação das condutas e estilo de intervenção do terapeuta.

A gravação de sessões de terapia fornece muitas oportunidades de aprendizado. Durante os atendimentos clínicos, a atenção do psicoterapeuta fica dividida entre observar seu próprio comportamento e o do paciente, além de considerar o tempo todo sua formulação de caso e realizar análises funcionais. É muito difícil atentar a todos os fatores relevantes ao mesmo tempo, e erros podem ser cometidos. Acompanhando, posteriormente, uma gravação, o psicoterapeuta pode escolher observar diferentes aspectos de sua atuação, pausar o vídeo e treinar formas diferentes de responder ao cliente, e aumentar o autoconhecimento acerca de sua conduta clínica, identificando seus hábitos. Porém, mesmo que a gravação de uma amostra de seus atendimentos por quaisquer motivos não seja possível, é importante que o psicoterapeuta não deixe de lado o compromisso em pensar sua prática e praticar o aprimoramento de habilida-

des que sejam mais difíceis para ele.

Todas as discussões feitas sobre a importância ética e os possíveis benefícios da autoavaliação do psicoterapeuta podem ser aplicadas a qualquer atuação clínica, independentemente de abordagem. No contexto da ACT, há um recurso interessante que pode ser utilizado para nortear o processo de avaliação de competências, que é o Formulário de Competências Centrais da ACT. No Brasil, ele está publicado como apêndice do livro “Aprendendo ACT: Manual de habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso para terapeutas”, dos autores Jason Luoma, Steven Hayes e Robyn Walser (2022). Uma versão em inglês também pode ser encontrada facilmente na internet, disponibilizada por um dos autores no site jasonluoma.com/act-resources. Esse material contém uma breve introdução sobre a origem e o objetivo do formulário, instruções para sua utilização na “auto supervisão” e na supervisão de outros terapeutas, e 50 itens que sintetizam condutas esperadas de terapeutas consistentes com ACT.

É afirmado no próprio Formulário de Competências Centrais (Luoma et al., 2022) que os itens ali dispostos são produto de consenso entre experientes treinadores de terapeutas em ACT, indicando alvos para o desenvolvimento de habilidades de terapeutas. O material já está em sua segunda edição, tendo sido revisado devido aos avanços que ocorreram na compreensão sobre a atuação em ACT, portanto caso for utilizá-lo, o terapeuta deve certificar-se de que encontrou a versão mais atualizada. Os sete domínios (ou áreas) de avaliação são “desenvolvendo disposição e aceitação”, “diminuindo fusão cognitiva”, “entrando em contato com o momento presente”, “diferenciando entre o self conceitualizado e o self-como contexto”, “definindo direções valiosas”, “construindo padrões de ação comprometida” e “postura terapêutica da ACT”. Os primeiros seis domínios espelham os seis processos da flexibilidade psicológica (disposição/aceitação, desfusão cognitiva, momento presente, self-como-contexto, valores e ação comprometida), conforme a teoria da ACT, e o último reúne comportamentos mais abrangentes, que são esperados do terapeuta ao longo das interações com o cliente, independentemente do processo sobre o qual estiver intervindo. Juntamente aos itens do Formulário de Competência Centrais (Luoma et al., 2022), é apresentada uma escala de pontuação de 1 a 7, indo

de “nunca verdadeiro” até “sempre verdadeiro”, que deve ser utilizada para sinalizar a frequência com a qual as condutas descritas em cada item refletem o comportamento do terapeuta em sessão. Além disso, uma opção prevista pelas instruções é assinalar com um ponto de interrogação, ao invés de atribuir uma pontuação, os itens para os quais não se possa atribuir um valor numérico. No caso da avaliação de outras pessoas, pode ocorrer que simplesmente não tenha sido possível observar aquele aspecto do comportamento do terapeuta. No caso da autoavaliação, o uso do ponto de interrogação é interessante para registrar itens que geram confusão no terapeuta, seja por não ter clareza de o que seriam exemplos compatíveis com aquele item, seja porque algum termo utilizado no item gera confusão.

Conceitos relevantes e outros componentes da teoria da ACT são citados nos itens do Formulário de Competências Centrais (Luoma et al., 2022), como “workability” (funcionalidade; item 3) “efeitos paradoxais de estratégias de controle emocional” (item 2), “as qualidades da disposição” (item 8), “propriedades ocultas da linguagem” (item 17), “conceitualizar o comportamento do cliente em múltiplos níveis” (item 25). O terapeuta que não estiver teoricamente familiarizado com a ACT poderá ter dificuldade de compreender esses itens. Nesse caso, há o indicativo de que é necessário estudar mais sobre a teoria. A divisão dos itens em domínios que espelham os processos de flexibilidade psicológica é útil também nesse sentido, por facilitar a localização de capítulos e artigos sobre os processos com os quais se tenha maior dificuldade de lidar.

A avaliação de se há mais dificuldade de compreensão em um ou outro domínio do formulário poderá nortear os estudos do terapeuta (por exemplo, se há vários itens com interrogação no domínio de desfusão, será interessante estudar esse tema em específico). Em outros casos, a compreensão poderá não ser um problema, como em “usar metáforas e exercícios” (itens 27 e 28). Porém, o terapeuta poderá não fazer isso com muita frequência, por diferentes motivos, como não conhecer muitas metáforas, não saber o momento apropriado de introduzir exercícios, ou ainda sentir ansiedade quanto a esse tipo de intervenção mais diretiva. Nesse caso, vale a pena que o terapeuta tente conduzir análises funcionais para identificar exatamente

por que não está conseguindo ser tão consistente com aquele aspecto e se isso representa um problema em sua prática. Caso seja por falta de repertório, há um livro conhecido na área e recentemente traduzido para o português, “O grande livro de metáforas da ACT” (Stoddard & Afari, 2025). Caso seja por dificuldade em manejar a ansiedade ao conduzir ACT, o próprio livro “Aprendendo ACT” (Luoma et al, 2022) pode ser um ponto de revisão, por conter exercícios de reflexão para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica necessária para ser um terapeuta ACT efetivo. Outra coisa que pode ajudar é buscar o apoio de colegas encorajadores!

Pode ser argumentado que além de nortear estudos futuros, o Formulário de Competências Centrais (Luoma et al., 2022) organiza, de forma relativamente sintética, o “universo” da Terapia de Aceitação e Compromisso. Para estudantes e iniciantes, a compreensão de cada item pode funcionar como um teste de conhecimentos, que permitirá a tomada de decisão sobre onde concentrar os estudos. Sua leitura periódica pode auxiliar o terapeuta a ser mais consistente com a ACT em sessão, podendo funcionar como motivação para o terapeuta comprometer-se com o modelo, principalmente caso o terapeuta tenha treinamento prévio em outras abordagens. O preenchimento do formulário de forma periódica, programando na agenda, algumas vezes por ano, momentos para a comparação de escores atuais e passados, permite que o terapeuta acompanhe seu progresso ao aprender a implementar ACT.

Espera-se que o presente artigo tenha sido capaz de sensibilizar o leitor para a importância do estabelecimento de rotinas de auto avaliação por psicoterapeutas. Foi apresentado um recurso acessível para tal no contexto da Terapia de Aceitação e Compromisso e outras orientações que podem ser especialmente úteis para terapeutas iniciantes, indecisos sobre como aprender mais. Encoraja-se, além da busca por leituras, cursos, workshops e supervisões pontuais, que os profissionais possam engajar-se desde o início da carreira no autogerenciamento de suas habilidades clínicas, agindo de forma comprometida com seus valores profissionais e com autocompaixão frente ao processo inesgotável de aprendizagem.

Referências

- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. B. (2022). Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas. Sinopsys.
- Stoddard, J. A. & Afari, N. (2025). O grande livro de metáforas da ACT: um guia do clínico para exercícios experienciais e metáforas na terapia de aceitação e compromisso. Sinopsys.

