

JORNADAS EM

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO


Organização:

Renata Cambraia, Leonan Pereira, Lia Beaklini e Nathália Montenegro

Editora IBAC
Volume 3
Dezembro de 2025
ISSN 3085-6426



INSTITUTO BRASILIENSE
DE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO



Organização deste volume

Renata Cambraia
Leonan Pereira
Lia Beaklini
Nathália Montenegro

Conselho editorial

Editora-chefe

Renata Cambraia

Editores

João Vicente Marçal

Capa, projeto gráfico e diagramação

Tayane Almeida

Instituição Organizadora

IBAC-InstitutoBrasiliensedeAnálisedo 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 em alguns desses eventos.

Atualmente o IBAC oferece três cursos de pós-graduação, quatro cursos de formação 170h, três cursos de formação 100h e um curso 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 ou formação. Há também um setor de pesquisa e publicação, com grupos de interesses específicos e publicações periódicas sendo implementadas.

SUMÁRIO

Apresentação	05
Intervenções em comportamentos de depressão e ansiedade de mães “atípicas”: Um estudo de caso analítico comportamental	06
Perspectiva das Terapias Comportamentais Contextuais no Atendimento de Adultos Autistas	14
As Bases da Autocompaixão	22
A Terapia Comportamental Dialética e o Treinamento de Habilidades DBT	28
Flor do Desconforto: Vínculos entre a Compaixão e a Flexibilidade Psicológica	33

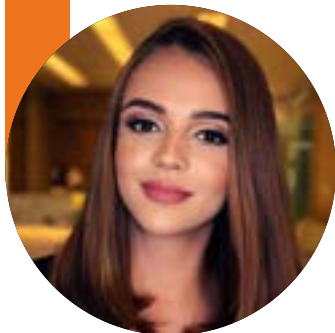
APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o terceiro volume da Revista Jornadas em Análise do Comportamento. Este número consolida nosso compromisso em fomentar o debate científico e disseminar conhecimento produzido na área. Ao chegar ao seu terceiro volume, a revista reafirma seu espaço como um canal dedicado à promoção da divulgação científica. A continuidade desta publicação é um testemunho do dinamismo e do crescimento da comunidade de analistas do comportamento no Brasil, refletindo um amadurecimento teórico e prático essencial para o avanço da área. Dedicamos esta edição a temas de profunda relevância clínica e social, iniciando por uma exploração contemporânea da depressão e da ansiedade sob a ótica comportamental. Os artigos aqui reunidos não se limitam a descrições sintomáticas, mas investigam as variáveis ambientais e as histórias de aprendizagem que concorrem para a instalação e manutenção desses sofrimentos. Este volume apresenta e discute modalidades terapêuticas que expandem o escopo tradicional da análise do comportamento. Assim, publicamos textos que aprofundam Terapias Contextuais como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Terapia Comportamental Dialética (DBT), e a Terapia Focada na Compaixão (CFT). A reunião desses temas ilustra a sofisticação e a adaptabilidade da Análise Comportamental Clínica frente aos desafios da clínica atual. Convidamos profissionais e estudantes a se engajarem com o conteúdo que esta edição oferece. Os artigos aqui selecionados sintetizam o estado da arte em seus respectivos tópicos e, portanto, agradecemos aos autores pelas suas submissões. Que este terceiro volume da Revista Jornadas em Análise do Comportamento sirva como um catalisador para novas jornadas de diálogo e aprimoramento técnico, sempre guiados pela lente científica e pelo compromisso com o bem-estar das pessoas e da sociedade.

Boa leitura!

Renata Cambraia, Leonan Pereira, Lia Beaklini, Nathália Montenegro
Organizadores

INTERVENÇÕES EM COMPORTAMENTOS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE MÃES “ATÍPICAS”: UM ESTUDO DE CASO ANALÍTICO COMPORTAMENTAL



Livia Amorim Cardoso

Professora Adjunta do Curso de Psicologia da UFMS/CPAN. Mestre e Doutora em Psicologia, especialista em Psicopatologia PUCGO e Análise do comportamento aplicada (ABA) voltada para o autismo e outras neurodivergências – IBAC.
E-mail: livia.amorim@ufms.br

Ao defender que o comportamento dos organismos vivos deveria ser estudado segundo as ciências naturais, Skinner (1953/2003) avança quanto às suas contribuições científicas em comparação ao paradigma mentalista. Skinner (1953/2003) demonstra o caráter funcional do comportamento humano ao demonstrar sua operacionalidade. Ou seja, o comportamento deve ser estudado segundo sua funcionalidade.

Transtorno é um construto (Britto & Nobrega, 2017). Afirmar que alguém tem medo ou evita situações sociais porque tem ansiedade ou depressão são explicações circulares sobre os processos comportamentais. Tais explicações contribuí para um paradigma médico que considera comportamentos “desajustados” como sintomas que são resolvidos via intervenção medicamentosa – intervenção “raramente de sucesso” (Sidman, 1989/1995).

O DSM-5 define ansiedade como medo acentuado acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas, sendo este desproporcional à real ameaça; sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento na vida do indivíduo. Keller e Schoenfeld (1950/1973) afirmam que a origem da ansiedade se dá em contextos aversivos que ativam processos internos e supressões de comportamentos condicionados, podendo produzir sofrimento, preocupação e/ou incapacitação (Britto & Duarte, 2004).

O modelo psiquiátrico define depressão como uma psicopatologia que envolve:

humor deprimido na maior parte do dia, considerável diminuição o interesse em realizar atividades que geram prazer ao indivíduo, alterações de peso e/ou sono, dificuldade para se concentrar ou tomar decisões, sentimentos de inutilidade e ideação ou tentativa de suicídio.

Para Carr et al. (1999), os comportamentos denominados “anormais” ou bizarros apresentam funções como citadas a seguir: obtenção de atenção, obtenção de reforçadores tangíveis, fuga e esquiva de demandas e autoestimulação. Segundo Sidman (1966), o comportamento se norteia por leis cujas descrições fica a critério do método experimental considerando as idiosincrasias comportamentais. (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). No transtorno depressivo, a incontabilidade do ambiente contribui para explicação relacionada às dificuldades de indivíduos anteriormente expostos a eventos impossíveis de controle, tornando-se menos responsivos a este ambiente, contribuindo para alterações de neurotransmissores relacionados com sistema neuroquímico de reforçamento (Seligman & Maier, 1967; Overmier & Seligman, 1967; Hunziker, 2001; 2003; 2005; Ferreira & Tourinho, 2013).

Com base nas considerações acima, este estudo objetivou modificar comportamentos de uma mãe “atípica” que emitia comportamentos de depressão e ansiedade em função de variáveis como: controle aversivo, histórico de condicionamento comportamental mantido por fuga e esquivas, perda de reforçadores e

falta de habilidades sociais.

Método

Participante

Cláudia, nome fictício, tem 38 anos, terceira irmã de uma prole de três, divorciada, mãe de um menino de sete anos de idade, ensino superior incompleto, no início do processo psicoterapêutico não trabalhava e vivia com os pais por dificuldades financeiras.

Na adolescência (17 anos), conheceu seu ex-marido e começaram a namorar. O namoro acabou depois que ela se mudou de cidade para estudar Enfermagem. Cláudia não terminou o curso, retornou a sua cidade de origem e casou-se com seu ex-marido aos 21 anos. A cliente afirmava que à época das sessões percebeu que fez um mal casamento e que não era amor o que sentia.

Após dois abortos espontâneos, ela conseguiu levar a gestação de Igor (nome fictício do filho) a diante.

Por volta dos três anos de idade ela começou a observar alguns comportamentos que Igor emitia e que não observava nas outras crianças: atraso na fala, caminhava na ponta dos pés, acordava várias vezes a noite, raramente olhava nos olhos das pessoas, empilhava objetos, tinha objetos preferidos, ficava com o olhar perdido e passou a abandonar coisas que comia comumente.

Igor foi diagnosticado com TEA aos 5 anos. Cláudia passou a se isolar, ganhou muito peso, teve alopecia, apresentava-se com ombros caídos, cabelos presos, insônia, relatava cansaço extremo pois levava sozinho o filho para as terapias, chorava facilmente, apresentava ideação suicida. Fazia uso de Zolpidem e Sertralina.

Ambiente e material

Os atendimentos ocorreram em consultório psicoterapêutico particular numa cidade do interior de Goiás, semanalmente. Foi estabelecido o contrato terapêutico, utilizado gravador para facilitar a transcrições das sessões, diários para registros em casa, prontuários, folhas e canetas.

Procedimento

As sessões se deram semanalmente, algumas ocorreram duas vezes na semana, con-

siderando eventos inesperados como feriados ou necessidades apresentadas pela cliente. Todo o trabalho realizado baseou-se na perspectiva analítico comportamental. As sessões tiveram duração entre 45 e 50 minutos de duração ocorreram de forma individual em horário previamente marcado por Cláudia.

Durante as sessões, foram trabalhados pontos como: autocontrole, manejo de estresse, habilidades sociais, psicoeducação, questionamento de regras, autoconhecimento.

Também foi exposto à cliente a possibilidade de publicação científica do seu caso clínico bem como sua autorização por escrito.

Resultados e Discussão

Os dados a seguir serão expostos em ordem cronológica. Abaixo serão colocados trechos de sessões relevantes para a produção deste material. As siglas "T" e "C" representam trechos das sessões ditos por terapeuta e cliente, respectivamente. Nas sessões 1, 2 e 4, a cliente apresentou as seguintes falas:

C: "Estou aqui porque não aguento mais viver, minha qualidade de vida caiu muito, estou sozinha na luta para ajudar meu filho. Eu o amo muito, mas o TEA faz a mãe atípica ter que lutar todo dia."

T: "Imagino que deve ser algo que exige muito de você, vejo que, por mais que você ame seu filho, este trajeto tem sido bem trabalhoso."

Nas primeiras sessões, além de coletar informações iniciais acerca da cliente, foi trabalhada a audiência não punitiva. É fundamental que o ambiente terapêutico seja um ambiente acolhedor, de validação, de escuta e fonte de reforçamento para que o cliente se sinta confortável e possa trazer informações relevantes que nortearão a psicoterapia. Em outro momento, Cláudia relata sobre a dificuldade em conseguir uma escola para seu filho.

C: "Fui procurar uma escola pro Igor hoje. Aí tava lá no questionário assim: a criança tem algum diagnóstico (TDAH, TEA..), sabe??? Eu marquei que tinha, mas sempre que a gente marca não tem vaga. Até levar pra justiça resolver é uma luta. As pessoas são preconceituosas; e os profissionais, despreparados."

T: "Sabemos que há sim um desprepa-

ro e preconceito por parte de algumas pessoas. Mas você sabia que isto que a escola faz é contra a lei? O Igor tem direito a professor de apoio, material adaptado e a escola não pode recusar a matrícula de um aluno por ter diagnóstico de TEA. Um bom advogado pode te orientar melhor sobre os direitos do Igor.”

No caso de Cláudia e Igor, o acesso à escola e demais reforçadores poderiam ser acessados e solicitados. Para a cliente foram dadas explicações sobre o funcionamento do paradigma da ansiedade, os componentes aversivos, importância de conhecer-se e saber descrever seus comportamentos e habilidades sociais.

Na quinta e nona sessões, Cláudia relatou sobre o divórcio que veio após o diagnóstico de Igor, sobre o ex-marido a culpabilizar pelo que estava acontecendo, sobre sua falta de assertividade e dificuldade de comunicação do ex-marido sobre ela mesma. Para Skinner (1957), a comunidade verbal do indivíduo é responsável pelo condicionamento do comportamento verbal deste. Assim, os comportamentos modelados pela comunidade verbal determinarão a validade do comportamento verbal emitido pelo indivíduo. Para Gentil (1997) e Kanfer e Phillips (1970), nos casos de transtornos de ansiedade, é comum observar relatos verbais de estados internos desagradáveis, como mal estar e medo. Para Skinner (1974/1990), os eventos privados devem ser estudados com o mesmo rigor que os eventos públicos. Cláudia traz, também, a culpa atribuída a ela pelo marido pela condição do filho.

C: “Quando ele me falou isso, eu fiquei sem reação, sabe. Nem conversar com ele eu conseguia. Ele jogou a culpa toda em mim como se eu pudesse escolher como seria meu filho.” Na hora eu achei que ia passar mal, fiquei tão desorientada que nem consegui responder. Hoje não suporto nem a voz dele”.

Segundo Coelho e Tourinho (2008),

Um estímulo aversivo elicia respostas fisiológicas emocionais, essas respostas emocionais podem elas mesmas adquirir função aversiva; um outro efeito da exposição às contingências que

produzem ansiedade (estimulação aversiva com pré-sinalização) consiste na redução da taxa de resposta antes mantida por reforço positivo (a supressão condicionada). (p. 172)

Os autores seguem afirmando que “além do fortalecimento de respostas de fuga/esquiva, há um enfraquecimento de respostas com histórico de reforçamento positivo” (Estes & Skinner, 1941). É importante observar que Cláudia, que já foi assertiva noutros momentos, não conseguiu emitir nenhuma resposta quando ouviu do pai de Igor que ela era a culpada pela condição do filho.

Cláudia relatava que a voz do ex-marido (por si só) já funcionava como um estímulo aversivo que eliciava respostas de ansiedade, raiva e tristeza. Há, aqui, um exemplo de condicionamento respondente onde os estímulos adquirem funções conforme o contexto em que são eliciados – juntamente com os operantes (Pavlov, 1903; Watson, 1920). Em relação ao fenômeno denominado supressão condicionada, observa-se que

“Outra característica observada nesse processo é a de que estímulos semelhantes ao estímulo aversivo incondicionado ou ao estímulo pré aversivo, após o condicionamento também poderiam suprimir os operantes mesmo que tais estímulos nunca tenham sido previamente pareados com o aversivo incondicionado. Esse fenômeno indica que a supressão condicionada pode ocorrer de forma generalizada.” (Milleson, 1976 citado por Gouveia e Natalino, 2018, p. 231).

No trecho a seguir, Cláudia descreve como seus comportamentos de autocuidado modificaram-se. Segundo ela, “Eu não era assim desse jeito. Eu era sem vaidade, mas não desse tanto. Não sei o que faço, o que quero, minha vida só gira em torno dele, não sei como as coisas chegaram a esse ponto.” Seguindo, a cliente acrescenta que se sente culpada por pensar desta forma culpabilizando o filho por seus comportamentos atuais. “E o pior é que

me sinto mal em falar isso aqui. Que tipo de mãe eu sou né, mãe que é mãe não fala isso”.

T: “Me fale mais sobre o tipo de mãe que você é. Gostaria de saber mais sobre a respeito”.

A discriminação de estímulo e comportamentos mais conscientes promovem o auto-conhecimento, treino este de extrema importância para que o indivíduo consiga descrever de modo mais funcional seus comportamentos. Segundo Skinner (1974/1990), o indivíduo que se torna mais consciente em relação à descrição de seus comportamentos, está numa melhor condição de prevê-los e controlá-los.

O processo de descrever as variáveis que influenciam o comportamento está relacionado com o estabelecimento de comportamentos conscientes. E, todo este processo é influenciado por uma relação terapêutica de qualidade, uma audiência não punitiva, produzindo uma adesão maior ao processo terapêutico. (Banaco, 1997; Skinner, 1953/2003; Vermes & Zamignani, 2002; Zamignani, 2000).

No trecho seguinte, a cliente relata sobre um convite que havia recebido e se esquivado.

C: “Me chamaram pra um churrasco, mas como que eu saio e deixo o Igor? Aí disse que ele estava com febre. Além disso, eu arrumo e nada fica bem em mim, não tenho nenhum assunto pra falar com os outros, pessoal vai ficar me reparando e eu tô mal ultimamente.”

T: “Você consegue observar que a maioria dos motivos que você enumerou não são referentes ao Igor?”

C: “Sabe doutora, me dá uma preguiça, academia cansa, é aquele tanto de gente. Nem roupa pra ir eu tenho. Conhecer outra pessoa? Nossa, passar por tudo o que já passei. Melhor cuidar do Igor”.

T: “Me parece que este “cuidado” com seu filho te faz evitar muita coisa que você não quer fazer não é? Por exemplo, malhar, conhecer outra pessoa, sair.”

Ainda que cuidar do filho seja uma demanda significativa na vida de Cláudia, este comportamento também é mantido por reforçamento negativo, pois ela evita entrar em contato com alguns estímulos aversivos que

poderiam exigir habilidades sociais e comportamentos que ela ainda não havia desenvolvido.

O caso de Cláudia, evidencia um ambiente pobre em habilidades sociais, um histórico aversivo quanto às relações interpessoais, regras que contribuem para o processo de sofrimento da cliente controlando seus comportamentos, além de uma enorme dificuldade em descrever seus comportamentos de modo funcional. Quando o cliente não consegue descrever (tatear) seus comportamentos, contingências podem gerar aversivos e as regras também podem ter sido pareadas com a estimulação aversiva ao longo de sua história de vida (Guedes, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Neto & Lettieri, 2018).

Nas sessões seguintes, foi esclarecido a Cláudia a respeito do TEA, sobre a importância dela se cuidar e de Igor desenvolver comportamentos de autonomia. Por volta da 14ª sessão, a cliente havia organizado uma viagem com a família.

Tabela 1

Avaliação Funcional dos comportamentos de evitação social de Cláudia.

OM	SD	R	C
Filho com febre	Convite para sair	Negar o convite alegando que o filho está com febre	Evita o contato com a festa (R-) Cuidado com o filho adoentado (R+)
Privação de autocuidado e roupas	Orientação da terapeuta para comprar roupas e cuidar dos cabelos	Afirmar que não pode se ausentar de casa porque tem que ficar com o filho	Evita fazer compras e cuidar dos cabelos (R-)
Privação de reforçadores afetivos	Convite para um encontro	Afirma que não pode ir porque vai ficar cuidando do filho	Evita a possibilidade de um novo relacionamento afetivo. (R-)

C: “A gente foi viajar esse final de semana. Fomos ao shopping. Fui comprar uma roupa pra ele e peguei a preferencial. Daí um cara perguntou se eu tava grávida. Pensei comigo ‘só gorda mesmo’. Aí a moça do caixa falou pra ele ‘não tá vendo que o menino dela tem problema não? Lívia do céu, eu quase morri! Queria que o chão abrisse. (...)Passei na frente né? É direito dele. Não vou ficar discu-

tindo, é direito dele e pronto. E vou ter que tomar providências, minha barriga está enorme mesmo.”

Nas sessões 16ª e 23a, a cliente manifestou um avanço em relação a modificação comportamental quanto às interações sociais. Apresentou-se à terapia com maquiagem leve, cabelos escovados e unhas feitas e pintadas. C: “É ruim ficar sozinha, mas interagir é muito difícil. Mas ninguém pode interagir por mim né?”

T: Entendo que seja difícil. E se isolando, você fica cada vez mais sozinha.

C: “Ele tava bem, aí deixei ele com minha mãe. Ficava ligando toda hora porque parece que só eu sirvo pra cuidar dele. Fui ao salão e demorou muito porque elas tinham muito trabalho pra fazer.” É bom a gente se arrumar, a gente fica até mais animada.”

Nas sessões finais, a cliente havia saído com os amigos para uma confraternização. Seu ex-marido a encontrou com seus amigos e foi incomodá-la afirmando que ela deveria estar em casa cuidando do filho e não “na rua”.

C: “Eu saí e ele veio fazer graça junto com meus colegas. Falei pra ele que falasse baixo comigo se não eu ia ligar pra polícia e ele ia ver o que era bom. Falei pra ele ficar longe de mim e que, se quisesse ver o filho, que tomasse as providências porque eu não ia facilitar nada pra ele.”

T: “Então você está me dizendo que você não cedeu às provocações deles, que conseguiu colocar um limite, ser mais assertiva? Isso é muito bom. É importante que você saiba agir desta forma quando necessário.”

C: “E eu achei muito bom. Eu lavei a alma.”

“Comportamentos tidos como assertivos (públicos ou privados) são aqueles que produzem reforçadores positivos ou evitam consequências aversivas para o próprio indivíduo e para as pessoas significativas do seu contexto social.”

O autor complementa que “os sentimentos produzidos pelas contingências de reforçamento que controlam comportamentos assertivos são de bem-estar, auto estima, auto confiança” Guilhardi (2012, p. 2).

Abaixo seguem algumas avaliações fun-

cionais a respeito dos comportamentos mais adaptados e saudáveis emitidos pela cliente.

Tabela 2

Avaliação funcional dos comportamentos socialmente adaptados da cliente.

OM	SD	R	C
Privação social	Convite para sair	Cliente aceita o convite	Interações sociais (R+)
Privação de segurança	Ameaças do ex marido	Cliente se comporta de modo assertivo	Remoção do contexto aversivo (R-)
Privação de reforçamento automático e social	Cliente no salão para realização de procedimentos	Cliente realiza procedimentos estéticos	Reforçamentos automáticos provenientes da manipulação sensorial Elogios, sorriso e olhares das outras pessoas (R+)

Em ambas as tabelas, pode-se observar a presença das operações motivadoras. Estas operações podem explicar como o responder altera diante de determinadas estimulações (Zamignani & Banaco, 2005) No caso de Cláudia, mesmo com um ambiente muito limitado e pobre de reforçamento, comportamentos mais adequados como sair e se cuidar mais puderam ser emitidos.

Conclusão

O comportamento humano é mutável e os organismos se adaptam ao meio de acordo com as demandas existentes nesta interação. Considerando as variáveis controladoras do comportamento, pode-se oferecer explicações mais coerentes e adequadas ao estudo do comportamento. Ou seja, para o analista do comportamento, a função comportamental deve ser prioritariamente considerada em suas avaliações e análises para se orientar a eficácia de uma modificação comportamental.

No caso mencionado, analisando única e exclusivamente a topografia do comportamento emitido pela cliente em cuidar do filho de modo integral, o terapeuta inexperiente poderia facilmente afirmar que apenas reforçadores provenientes do cuidado do filho mantêm este comportamento.

Modificando a interação do organismo

com o ambiente pode-se modificar as funções e topografias comportamentais. Desta forma, Cláudia conseguiu desenvolver comportamentos sociais habilidosos, autoconhecimento, autoestima e demais comportamentos mais saudáveis. Este material permite observar que a depressão e a ansiedade são comportamentos e não “doenças da mente”. Elas são a forma que o indivíduo aprendeu a se comportar na sua relação com o ambiente selecionador de tais comportamentos.

Referências

- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. Em: D. R. Zamignani (org.), Sobre Comportamento e Cognição (Vol. 3, pp. 80 - 88). Santo André: Arbytes.
- Banaco, R. A.; Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do Comportamento e do DSM: terapias analíticas comportamentais discutem a psicopatologia. Em Tourinho, E. Z. & Luna, S. V. (Orgs), *Análise do Comportamento – investigações históricas, conceituais e aplicadas*. (pp. 175 - 191) São Paulo: Roca.
- Britto, I. A. G. S., & Duarte, A. M. D. (2004). Transtorno de Pânico e Agorafobia: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (2), (pp. 165-172). <http://dx.doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.55>
- Britto, I. A. G. S., & Nobrega, L. G. (2017). Avaliação e tratamento de comportamento problema de duas pessoas com diagnóstico de depressão. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva Comportamental*, 19 (1), 128-145.
- Carr, E. G., Langdon, N. A., & Yarbrough (1999). S. C. Hypothesis-based interventions for severe problem Behavior. In: Repp, A.C.; Horner, R. H. (Eds.) *Functional Analysis of Problem Behavior: from effective assessment to effective support*. (pp.9 - 31) Belmont: Wadsworth.
- Coelho, N. L., & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), (pp.171-178). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200002>
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, (pp.390-400) <http://dx.doi.org/10.1037/h0062283>
- Ferreira, D. C., & Tourinho E. Z. (2013). Desamparo Aprendido e Incontrolabilidade: Relevância para a uma abordagem analítica comportamental da depressão. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 29 (2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000200010>
- Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: V. Gentil; F. Lotufo-Neto e M. A. Bernik (Orgs.): *Pânico, Fobias e Obsessões*. (pp. 54 - 78) São Paulo: Edusp.
- Guilhardi, H. J. (Agosto de 2012). Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil. Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, Curitiba. Recuperado de <https://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Hunziker, M. H. L. (2001). O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In: D. R. Zamignani (Org), *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 23 - 41) Santo André, SP: ESETEC.
- Hunziker, M. H. L. (2003). Desamparo aprendido. Tese de Livre-Docência, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hunziker, M. H. L. (2005). O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 131-139. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000200002>
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1972). Learning foundations of behavior therapy. (3), 112-125. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(72\)80059-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(72)80059-5)
- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1950/1973). *Princípios de Psicologia*. (Trad. C. M. Bori e R. Azzi). São Paulo: EPU.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Artmed.
- Neto, E. C. A., & Lettieri, D. O autoconhecimento na terapia comportamental: revisão conceitual e recursos terapêuticos como sugestão de intervenção. In: De-Farias, A.
- K., Fonseca, F. N., & Nery, L.B. *Teoria e Formulação de Casos em Análise do Comportamento Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- Overmier J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 23-33. <https://doi.org/10.1037/h0024166>
- Pavlov, I. P (1903/2023) *Papers 1903 – 1936 on the conditional reflex conditional*. (1a ed., Olga T. Yokatayama). Canada: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190941871.003.0061>
- Sidman, M. (1966) Normal sources of pathological behavior. In: Ulrich, R; Stachnik, T; Mabry, J. (orgs). *Control of Human Behavior*. Glenview: Scott, Foresman and Co. <http://dx.doi.org/10.1126/ciencia.132.3419.61>
- Sidman, M. (1989/1995). *Coerção e suas implicações* (Trad. M. A. Andery e T. M. Sério. Campinas: Editorial Psy.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, (74), (pp. 1-9). <http://dx.doi.org/10.1037/h0024514>
- Skinner, B. F. (1953/2003) *Ciência e Comportamento Humano*. (11ª ed., J. C. Todorov & R. Azzi Trad) São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts. <http://dx.doi.org/10.1037/11256-000>
- Skinner, B. F. (1974/1990). *Sobre o Behaviorismo*. (10 ed., Villalobos, M. P. Trad). São Paulo: Cultrix.
- Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 135-149. <http://dx.doi.org/10.31505/rbtcc.v4i2.112>
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920) *Conditioned emotional*

reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1037/h0069608>

Zamignani, D. R. (2000). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo-compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Santo André: SET.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77-92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.44>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18086876>

CONHEÇA NOSSOS CURSOS DE

PÓS-GRADUAÇÃO

420H

AULAS

AO AVULSO

AO VIVO
100%



100% ONLINE



ANÁLISE COMPORTAMENTAL CLÍNICA



**NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA
COM ÊNFASE EM AVALIAÇÃO**



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



**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL
PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

PERSPECTIVA DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS CONTEXTUAIS NO ATENDIMENTO DE ADULTOS AUTISTAS



José Umbelino Gonçalves Neto

Psicólogo clínico, atua com Terapias Comportamentais Contextuais, como ACT e FAP, com foco no atendimento de adultos neurodivergentes, incluindo TEA, TDAH e Altas Habilidades/Superdotação. Doutor em Psicologia pela UFSCar e mestre em Psicologia pela UFC. E-mail: umbelino.goncalvesneto@gmail.com

Isabella Cristine de Moura

Psicóloga clínica formada pela Universidade Tuiuti do Paraná e pós-graduada em Terapias Comportamentais Contextuais (ACT e FAP) pelo Instituto Continuum. Primeira ABAT® certificada no Brasil (2023), com ampla experiência em autismo e atuação clínica em Curitiba, Paraná.



Nos últimos anos, avanços significativos nos procedimentos de avaliação neuropsicológica voltados especificamente para adultos têm permitido que muitas pessoas autistas com nível 1 de suporte – antes não reconhecidas clinicamente – sejam finalmente diagnosticadas (Júlio-Costa et al., 2023). Esses avanços incluem instrumentos mais sensíveis à apresentação adulta do autismo, reconhecimento de traços mascarados por estratégias de camuflagem social, e maior conscientização entre profissionais sobre as variações do espectro, especialmente em mulheres e indivíduos que passaram despercebidos na infância. Contudo, como essa é uma população recém-visibilizada na prática clínica, ainda há escassez de literatura científica que oriente de forma específica as abordagens terapêuticas, especialmente no campo da terapia comportamental adaptada para adultos autistas com suporte leve (Mizael & Ridi, 2022). Isso reforça a necessidade urgente de desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências que respeitem a neurodiversidade e considerem os desafios únicos vividos por essa população.

A atuação clínica junto a adultos autistas exige uma abordagem fundamentada

tanto na ciência quanto na ética. A definição da American Psychological Association (APA) sobre práticas baseadas em evidências destaca três pilares: a melhor evidência disponível, a perícia clínica, e as características, cultura e preferências do cliente (APA, 2006). Neste trabalho, destacamos o terceiro critério como central para o atendimento de indivíduos no espectro autista, cuja singularidade exige uma adaptação sensível das práticas psicoterapêuticas (Paynter et al., 2025).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2013) como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado pela tríade: (1) Déficits persistentes na comunicação e na interação social e (2) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essas características se mantêm por todo o espectro, modificando a intensidade e o nível de suporte necessário para cada indivíduo.

Embora muitos transtornos psiquiátricos careçam de evidência de base biológica, pesquisas em neurociência apontam que o autismo pode ser compreendido como uma neu-

rodiregência com causas biológicas mensuráveis (Jaarsma & Welin, 2012). Dentre essas, a hipótese do cérebro hiperconectado destaca a redução da poda sináptica na infância, resultando em conexões neuronais em excesso e contribuindo para as características do autismo (Supekar et al., 2013; Kim et al., 2017). Esse arcabouço sustenta a visão do autismo como uma variação natural no espectro de funcionamento cerebral humano, afastando-se da ideia tradicional de déficit ou patologia (Jaarsma & Welin, 2012).

O termo neurodiversidade, exposto por Judy Singer nos anos 1990, surge da sociologia e dos movimentos pelos direitos civis para afirmar que diferenças neurológicas, como o autismo, fazem parte da diversidade natural da mente humana (Fung & Doyle, 2025). A socióloga australiana argumenta que a neurodiversidade deve ser compreendida como uma categoria política e identitária que demanda inclusão e respeito, assim como o conceito de biodiversidade defende a preservação da diversidade natural. Essa perspectiva está intimamente ligada ao modelo social da deficiência, segundo o qual a limitação não decorre de características internas ao indivíduo, mas das barreiras físicas, sociais e atitudinais impostas pelo ambiente (Silva, Gesser & Nuernberg, 2019). Dessa forma, o foco da intervenção passa a ser a transformação do ambiente e das estruturas sociais e não a “normalização” do sujeito dentro de uma visão sintomatológica e patologizante.

Seguindo o modelo social da deficiência, o trabalho do psicólogo se alinha com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), no desenvolvimento crítico e político da profissão, alinhando seu trabalho com a promoção da liberdade e diversidade dentro do atendimento com pessoas autistas.

Propomos pensar a diferença de funcionamento e de ponto de vista sobre as coisas entre neurotípicos e autistas com uma metáfora: a técnica da anamorfose na Arte. A técnica da anamorfose consiste em criar uma imagem que só se torna inteligível quando vista de um lugar específico, de um ponto de vista específico. Uma obra de arte anamórfica requer que

o observador se movimente e se posicione de modo a enxergar a forma verdadeira. Ele deve andar de um lado a outro frente à obra, procurando aquele ponto de vista que a torna não só compreensível, como também revele sua beleza própria.

O paciente é quem deve se movimentar para entender o psicoterapeuta? Ou o psicoterapeuta é quem deve se movimentar para entender o paciente?

Pensar a anamorfose como metáfora para a relação terapêutica é destacar a necessidade de mudança de perspectiva do terapeuta no atendimento a pessoas autistas. Assim como uma obra anamórfica requer que o observador se posicione de modo a enxergar a forma verdadeira, a compreensão dos padrões comportamentais e comunicacionais de indivíduos autistas exige que o terapeuta adote uma perspectiva ajustada, deslocando-se do ponto de vista neurotípico. Isso significa estudar sobre as necessidades e características próprias do funcionamento autista e reconhecer sua validade, num movimento empático de tomada de perspectiva do terapeuta em relação ao seu cliente.

Esta metáfora, que entra aqui como argumento, encontra apoio na Teoria das Molduras Relacionais (RFT), conforme desenvolvida por Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001). Nesta perspectiva comportamental da linguagem e cognição humana, a compreensão do outro depende da reorganização das próprias redes relacionais – um processo que envolve mudar relações entre estímulos e transformar suas funções psicológicas. A empatia, capacidade de tomada de perspectiva, nas interações terapêuticas está associada a melhores desfechos clínicos, incluindo maior precisão na compreensão do estado mental do cliente (Martins et al., 2018; Leugi, 2024), o que, em pessoas com TEA, pode ser facilitado ao se adotar intencionalmente a perspectiva neurodiversa (Paynter et al., 2025). Em suma, é imperativo que o terapeuta se mova ativamente para entender o cliente – e não o contrário – promovendo uma prática clínica colaborativa, sensível e eficaz.

Terapias Comportamentais Contextuais

A Análise do Comportamento Aplicada

(ABA) é uma ciência do comportamento amplamente divulgada como eficaz e baseada em evidência para o atendimento de pessoas autistas. Como toda ciência, a ABA passou por evoluções no seu âmbito prático e ético, aprimorando seu conhecimento teórico-prático em prol de uma prática compassiva e informada pelo trauma. Paixão Junior (2024) estuda questões envolvendo a evolução da ciência ABA e a inserção da oitava dimensão (compaixão) para além das sete dimensões consolidadas: aplicada, comportamental, analítica, tecnológica, conceitualmente sistemática, eficaz e generalizante. Para o autor, a inserção de práticas baseadas em compaixão combate práticas capacitistas, priorizando o assentimento do indivíduo na intervenção, orientando o planejamento na direção dos valores da família e do aprendiz, os quais condizem com uma prática baseada na luta antimanicomial e que entende as dimensões políticas da deficiência (Paixão Junior, 2024). Considerando o nível de suporte do adulto autista e as necessidades específicas comportamentais, o processo de psicoterapia baseado nas Terapias Comportamentais Contextuais pode ser uma das melhores alternativas para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais do indivíduo. Mizael (2021) aponta algumas circunstâncias comuns na vida de adultos autistas e que aparecem no ambiente terapêutico, como invalidação, os custos do masking, o desejo de ser “normal”, solidão, depressão e outras comorbidades. Essas circunstâncias podem ser olhadas com carinho e escuta acolhedora dentro do processo terapêutico, baseando a intervenção nos valores individuais de cada cliente.

As Terapias Comportamentais Contextuais compartilham os princípios do contextualismo funcional e base analítico-comportamental no entendimento do ser humano. Nessa perspectiva, os transtornos psicológicos não são entidades fixas, mas padrões comportamentais mantidos por contingências adoeecedoras, no qual o contexto onde o sujeito vive tem relevância para o processo de adoecimento. O foco terapêutico recai sobre a função do comportamento no contexto em que o indivíduo vive, e não em sua forma ou conteúdo em

que é apresentado.

O desenvolvimento das Terapias Comportamentais Contextuais utiliza de princípios comportamentais e cognitivos, conhecidos como primeira onda e segunda onda das terapias comportamentais. A terceira onda – onde encontra-se os princípios das ciências comportamentais contextuais –, vem de uma insatisfação com a diminuição da importância do aspecto contextual no adoecimento psicológico, bem como questionamentos acerca da eficácia das estratégias cognitivas propostas pela segunda onda – Terapia Cognitivo-Comportamental (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira et al., 2015).

Dentro das Terapias de Terceira Onda, algumas se destacam no atendimento de pessoas autistas: a) Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), abordagem focada na flexibilidade psicológica em prol de uma vida mais próxima dos valores (Luoma, Hayes & Walser, 2022); b) Psicoterapia Analítico-Funcional, terapia focada no desenvolvimento de relações interpessoais a partir da relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 2001); c) Terapia Comportamental Dialética (DBT), baseada nos polos de validação e mudança comportamental ativa (Linehan, 2010) e; d) Terapia Focada na Compaixão (TFC), com foco no âmbito compassivo em contraposição à autocrítica, auxiliando na regulação emocional e vínculos sociais saudáveis (Gilbert & Simos, 2024).

Com base nesse referencial das Terapias Comportamentais Contextuais (ou de 3ª Geração), o psicoterapeuta comportamental pode atuar com uma diversidade de demandas de saúde mental que surgem no contexto clínico. Em se tratando de pessoas adultas no espectro autista, sobretudo aquelas com nível 1 de suporte, as terapias contextuais apresentam um conjunto de métodos e técnicas de intervenção abrangentes para muitas demandas que aparecem com essa população.

Demandas comuns na psicoterapia com autistas adultos nível 1 de suporte

Dentre as questões mais comuns que aparecem na clínica com autistas adultos nível 1 de suporte, é fundamental o profissional fazer uma psicoeducação sobre: a) “burnout

autístico”; b) sobre sobrecarga sensorial; c) sobre o que são os desligamentos (shutdowns) e os colapsos ou crises (meltdowns); d) sobre o que consistem os períodos de hiperfoco, sobre quais são e como surgiram na história de vida do cliente os seus temas ou atividades de interesse especial (os chamados “interesses restritos e repetitivos” na linguagem da psicopatologia) e; e) sobre camuflagem ou mascaramento dos traços e comportamentos autísticos e o impacto disso sobre sua saúde mental, sobre quais são os tipos mais comuns de rigidez cognitiva, tais como resistência a mudanças, intolerância à incerteza, inércia e dificuldade de transição, detalhismo, pensamento dicotômico, literalismo, legalismo.

Vale destacar alguns pontos sobre as alterações sensoriais, hipo ou hipersensibilidades (MacLennan et al., 2021), as quais podem levar a sobrecargas sensoriais. Neste caso, o terapeuta deve trabalhar no sentido de mapear primeiramente quais atipicidades o cliente pode ter em seus aspectos sensoriais e como isso o afeta. Os casos mais comuns são os de sobrecarga sensorial, que tem alto impacto sobre a qualidade de vida e bem estar. É fundamental fazer uma psicoeducação sobre o que caracteriza uma sobrecarga sensorial e elaborar com o cliente algumas estratégias de prevenção, para sempre que possível evitar a sobrecarga, e estratégias de mitigação das sobrecargas. As terapias contextuais têm ferramentas no sentido de trabalhar a aceitação e mindfulness para perceber melhor as sensações, facilitando o processo de discriminar os sinais prévios de uma sobrecarga sensorial, bem como exercitar com o cliente modos de realizar uma autotranquilização e tolerância ao desconforto, a fim de regular o organismo, bem como, na relação terapêutica, onde o profissional pode evocar e reforçar a autocompaixão do cliente para reduzir julgamentos sobre a própria sensibilidade.

Outras demandas comuns são as relacionadas a disfunções executivas e desorganização (Yon-Hernández et al., 2023), uma vez que uma grande parcela de autistas também possuem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Hours, Recasens, & Baleyte, 2022). Aqui cabe ao psicoterapeuta buscar o

apoio de profissionais da Terapia Ocupacional, para o trabalho de desenvolver repertório de atividades de vida diária, se for o caso. Todavia, observa-se em consultório pacientes adultos autistas que já trabalham e possuem um certo grau de independência funcional, ainda que tenham dificuldades de autogerenciamento, como o manejo de tempo, da priorização, da procrastinação, manter-se engajado e finalizar projetos, entre outros. É necessário trabalhar estratégias de resolução de problemas, com manejo de contingências de controle de estímulos antecedentes, tais como: aprender a utilizar lembretes visuais e auditivos, anotações; quadro visual para organização da rotina com os dias da semana e os turnos do dia com suas respectivas atividades em cada horário, agenda física ou eletrônica (no celular por exemplo); anotar em tópicos o passo a passo de uma atividade muito complexa ou grande, dividindo em partes uma tarefa muito longa; categorizar listas de atividades de trabalho e de vida diária com uma matriz de Eisenhower ou uma matriz Esforço-Impacto, a fim de ter uma ferramenta para priorizar atividades; utilizar relógio, timers, despertadores, notificações e agenda para auxiliar na percepção e manejo do tempo; organizar tempo de descanso e de preparo do ambiente, diminuindo o custo de resposta para iniciar atividades e assim diminuir a procrastinação, utilizar o método pomodoro ou semelhantes, bem como eliminar distratores e prever recompensas para aumentar a chance de se manter engajado e finalizar tarefas.

Outra demanda comum é a da alexitimia (Kinnaird, Stewart, & Tchanturia, 2019), a dificuldade em observar e discernir as próprias emoções. Nesses casos, a/o terapeuta deve treinar atividades de Mindfulness em conjunto com o cliente e, ao longo das sessões, fazer perguntas que direcionam a atenção do cliente ao seu corpo e sentimentos. A literatura da ACT, da DBT e da TFC tem diversos exemplos de exercícios visando treinar esse repertório, que é básico para uma maior habilidade de regulação emocional, como ilustra por exemplo o livro de Leahy, Tirsch e Napolitano (2013) e o manual de McKay, Wood e Brantley (2023).

Além disso, o estudo de Reuben, Stan-

ziona e Singleton (2021) investigou a relação entre traumas interpessoais e sintomas de estresse pós-traumático (TEPT) em 687 adultos autistas, revelando um cenário de alta vulnerabilidade. Cerca de 72% relataram experiências de abuso sexual, contato sexual indesejado ou agressão física, e 44% atenderam aos critérios para TEPT – proporção que subiu para 50% entre aqueles com histórico de trauma interpessoal. Esses eventos também se associaram a níveis elevados de dissociação, tanto psicofórmico quanto somatofórmico, sugerindo impacto profundo na saúde mental. Mulheres cis e minorias de gênero foram significativamente mais propensas a sofrer traumas interpessoais sexuais e desenvolver TEPT em relação aos homens cis, evidenciando um risco interseccional. Não houve diferença entre indivíduos com ou sem diagnóstico formal de TEA, reforçando que o risco independe da validação clínica do diagnóstico. Os autores destacam a necessidade de triagem sistemática para histórico de trauma e sintomas pós-traumáticos em adultos autistas, com atenção especial às vulnerabilidades de gênero, como medida essencial para garantir acesso a suporte adequado e prevenção de agravamento psicológico. Todo o referencial das Terapias Comportamentais Contextuais possui todo um conjunto de conceitos, técnicas de intervenção e manejo clínico para lidar com o sofrimento psicológico que os indivíduos autistas podem experimentar. Entender sobre a rigidez comportamental e cognitiva, bem como o impacto da rigidez na saúde mental dos indivíduos (Petrilini et al., 2023). Para os autores, a rigidez pode ser dividida em oito facetas: interesses fixos/intensos, insistência na mesmice e rotinas, mentalidade “preto ou branco” ou pensamento dicotômico, intolerância à incerteza, rigidez no cumprimento de regras (legalismo), literalismo no uso da linguagem, coerência central fraca (atenção a detalhes em detrimento do contexto global) e dificuldade em trocar de tarefa (“task-switching”). A ACT pode ser utilizada para flexibilizar a linguagem e o apego restrito a regras verbais, aceitando a incerteza (e os sentimentos difíceis que podem vir a partir disso) e a coragem de agir em prol de

uma vida mais próxima dos valores, diminuindo o controle verbal que os eventos privados têm sobre o comportamento do indivíduo.

A camuflagem é um repertório de automonitoramento comportamental utilizado por pessoas autistas para ocultar ou suavizar características autísticas em interações sociais, com o objetivo de parecer não-autistas. O resultado da camuflagem pode ser a sobrecarga sensorial e o sentimento de não-pertencimento, além da intensificação de atitudes não compassivas consigo mesmo, aliado à uma autocrítica severa (Perry et al., 2021). As terapias contextuais podem auxiliar o indivíduo a focar na autenticidade e na espontaneidade durante as interações sociais, sendo mais fiel a si mesmo e aos seus valores. Além disso, é importante discutir sobre capacitismo e a vivência do sujeito em um mundo neurotípico, potencializando diálogos mais compassivos e respeitosos com sua neurodivergência.

Ademais, devido às diversas demandas apresentadas anteriormente, indivíduos autistas podem apresentar dificuldades na socialização e em desenvolver amizades profundas e duradouras (Wu & Wang, 2024). Tanto a camuflagem quanto a sobrecarga sensorial podem potencializar o afastamento do círculo social, produzindo isolamento e adoecimento psicológico devido à ausência de reforçadores naturais das interações sociais. As Terapias Contextuais podem aproximar o indivíduo dos valores relacionados a conexões profundas, trabalhando uma atitude compassiva frente a dificuldades no círculo social, bem como desenvolver habilidades dentro da própria relação terapêutica seguindo os princípios da FAP: asserção de necessidades; comunicação bidireccional, gerenciamento de conflitos; autorrevelação e intimidade; expressão e experiência emocional (Callaghan, 2006).

Conclusão

O atendimento a adultos autistas demanda uma prática clínica sensível à neurodiversidade e fundamentada no contextualismo funcional. As terapias comportamentais contextuais oferecem uma estrutura para esse trabalho, pois integram ciência, compaixão e compromisso com os valores do cliente. Ao

rejeitar práticas normalizadoras e adotar uma postura empática e ética, o psicólogo pode contribuir para a promoção de saúde e bem-estar de forma genuinamente inclusiva.

Referências

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. Recuperado de <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.; M. I. C. Nascimento et al., Trad.; A. V. Cordioli, Rev. téc.). Artmed.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005). Brasília, DF: Autor. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Fung, L. K., & Doyle, N. (2025). Chapter 1. Neurodiversity: The New Diversity. *Neurodiversity*, 1-18. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615379514.lg01>
- Gilbert, P., & Simos, G. (Orgs.). (2024). *Terapia focada na compaixão: Aplicações e prática clínica* (S. M. M. da Rosa, Trad.). Artmed.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
- Hours, C., Recasens, C., & Baleyte, J. M. (2022). ASD and ADHD Comorbidity: What Are We Talking About?. *Frontiers in psychiatry*, 13, 837424. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.837424>
- Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a Natural Human Variation: Reflections on the Claims of the Neurodiversity Movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20-30. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0169-9>
- Júlio-Costa, A., Starling-Alves, I., & Antunes, A. M. (Orgs.). (2023). *Leve pra quem? Transtorno do Espectro Autista nível 1 de suporte*. Editora Ampla.
- Kim, H. J., Cho, M. H., Shim, W., et al. (2017). Deficient autophagy in microglia impairs synaptic pruning and causes social behavioral defects. *Molecular Psychiatry*, 22(11), 1576-1584. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.103>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (F. Comte, M. Delitti, M. Z. Brandão, P. R. Oerdyt, R. R. Kerbauy, R. C. Wielenska, R. A. Banaco & R. Starling, Trad.; I. Forlivesi, Pref.). ESEtec Editores Associados. (Obra original publicada em 1991)
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed editora.
- Leugi, G. B. (2024). *Tornar-se terapeuta comportamental contextual: Habilidades e dicas para iniciantes*. Revista Brasileira de Análise do Comportamento, 20(Supl. 1), 169-182. <https://doi.org/10.18542/rebac.v20i0.16462>
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline* (R. C. Costa, Trad.; M. O. Pereira, Rev. téc.). Artmed.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). *Aprendendo ACT: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2ª ed.). Sinopsys Editora.
- MacLennan, K., O'Brien, S., & Tavassoli, T. (2021). In our own words: The complex sensory experiences of autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 3061-3075. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05186-3>
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2023). *Terapia comportamental dialética: Livro de atividades*. Sextante.
- Martins, J. S., Oliveira, L. S., Vasconcelos, R. C. C., & Carvalho, A. L. N. (2018). Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(1), 50-56. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20180007>
- Mizael, T. (2021). *Psicoterapia em adultos no espectro autista: Primeiros passos para um atendimento minimamente adequado*. Revista Neurodiversidade, 1(1), 1-22. <https://www.studocu.com/ptbr/document/centro-universitario-da-grandedourados/psicologia/02-psicoterapia-em-adultos-no-espectro-autista-primeiros-passos-para-um-atendimento-minimamente-adequado/112758664>
- Mizael, T. M., & Ridi, C. C. F. (2022). Análise do comportamento aplicada ao autismo e atuação socialmente responsável no Brasil: Questões de gênero, idade, ética e protagonismo autista. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(Special Issue), 54-68. <https://doi.org/10.18761/VEEM.457613>
- Paixão Junior, F. D. (2024). *Construindo diálogo entre Análise do Comportamento Aplicada baseada em Compaixão e a Luta Antimanicomial*. Perspectivas Em Análise Do Comportamento, 15(2), 226-236. <https://doi.org/10.18761/pac1115>
- Paynter, J., Sommer, K., & Cook, A. (2025). How can we make therapy better for autistic adults? Autistic adults' ratings of helpfulness of adaptations to therapy. *Autism*, 29(6), 1540-1553. <https://doi.org/10.1177/13623613251313569>
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L., Cage, E., & Mandy, W. (2021). Understanding camouflaging as a response to autism-related stigma: A social identity theory approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(3), 800-810. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w>
- Petrolini, V., Jorba, M., & Vicente, A. (2023). What does it take to be rigid? Reflections on the notion of rigidity in autism. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1072362. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1072362>
- Reuben, K. E., Stanzione, C. M., & Singleton, J. L. (2021). Interpersonal trauma and posttraumatic stress in autistic adults. *Autism in Adulthood*, 3(3), 247-256. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0073>
- Silva, S. C. da, Gesser, M., & Nuernberg, A. H. (2019). *A contribuição do modelo social da deficiência para a compreensão do Transtorno do Espectro*

Autista. Revista Educação, Artes e Inclusão, 15(2), 187-207. Recuperado de <https://www.revistas.udesc.br/index.php/arteinclusao/article/view/12897>

Supekar, K., Uddin, L. Q., Khouzam, A., Phillips, J., Gaillard, W. D., Kenworthy, L. E., Yerys, B. E., Vaidya, C. J., & Menon, V. (2013). Brain hyper-connectivity in children with autism and its links to social deficits. *Cell reports*, 5(3), 738-747.

<https://doi.org/10.1016/j.celrep.2013.10.001>

Wu, T., & Wang, D. (2024). Experiences of friendship among autistic adults: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1523506.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1523506>

Yon-Hernández, J. A., Canal-Bedia, R., Wojcik, D. Z., García-Álvarez, L., Palacio-Duque, S., & Franco - Martín, M. A. (2023). Executive functions in daily living skills: A study in adults with autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, 14, 1109561.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1109561>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18087043>

CONHEÇA NOSSO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EAD

Novo formato!



TERAPIAS COMPORTAMENTAIS CONTEXTUAIS

400H

[illegible]

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

AS BASES DA AUTOCOMPAIXÃO

Daniela Pires Cardoso



Psicóloga clínica (CRP 01/29280). Primeira professora da América Latina treinada no Programa de Autocompaixão Feroz e Mindfulness Fierce Self-Compassion (FSC), pelo Center for Mindful Self-Compassion. Participante da Liderança do SIG Compaixão da ACBS Brasil. Instrutora certificada do Programa de Plena Atenção na Escola, pela Sociedade Vipassana de Meditação de Brasília. Pós-graduação em Terapia Comportamental e Cognitiva em Saúde Mental, pela HC FMUSP, e em Análise Transacional, pela Unat-Brasil. Curso Avançado de Psicologia em Cuidados Paliativos, pela Casa do Cuidar. E-mail: danipires@hotmail.com

A autocompaixão tem se consolidado como um tema de grande relevância nas ciências psicológicas, oferecendo uma nova abordagem para lidar com o sofrimento humano. Fundamentada em evidências científicas, essa habilidade tem sido associada a uma ampla gama de benefícios emocionais, cognitivos e sociais, como a redução de sintomas de ansiedade e depressão, bem como a promoção do bem-estar geral (Gilbert, 2019; Gilbert & Simos, 2024; Jinpa, 2016; Neff, 2017, 2022; Neff & Germer, 2019).

Este artigo tem como objetivo explorar as bases científicas da autocompaixão, com foco em seus principais componentes e características. Além disso, serão desmistificados equívocos comuns que dificultam a adoção dessa prática, e analisadas suas implicações fisiológicas e sociais. O texto busca oferecer uma compreensão abrangente sobre o papel da autocompaixão tanto na saúde mental individual quanto no contexto mais amplo das relações humanas e dinâmicas sociais.

Ao longo das próximas seções, serão apresentados conceitos fundamentais da autocompaixão, cujos componentes são mindfulness, autobondade e humanidade compartilhada, bem como sua relação com sistemas de regulação emocional e com as dimensões terna e feroz dessa prática. Por fim, ao discutir benefícios e dificuldades, mitos e evidências sobre a autocompaixão, este artigo visa contribuir para a compreensão de seu poten-

cial como ferramenta científica e prática para lidar com o sofrimento e para construir uma sociedade mais compassiva e justa.

Definição de Compaixão e Autocompaixão

A compaixão, segundo Jinpa (2016), é definida como a sensibilidade para o sofrimento de si mesmo e dos outros, acompanhada de um compromisso ativo de tentar aliviar ou cessar essa dor. Essa preocupação surge quando nos deparamos com alguma dificuldade e desejamos que esse sofrimento acabe. Nesse sentido, a compaixão nos oferece a motivação de agir porque nos dá disposição para fazer algo para aliviar ou cessar o sofrimento. Paul Gilbert, criador da Terapia Focada na Compaixão (TFC), ensina que a compaixão opera em três fluxos principais: dar compaixão para os outros, receber compaixão dos outros e direcionar compaixão para si mesmo. Este último fluxo corresponde à autocompaixão, que, em outras palavras, consiste em tratar a si mesmo da mesma forma que trataria uma pessoa querida com dificuldades (Neff & Germer, 2019). Importante ressaltar que esses fluxos da compaixão são influenciados pelo contexto, sendo facilitados em ambientes de coragem e sabedoria, e inibidos em ambientes de medo e resistência (Gilbert & Simos, 2024).

Os Três Elementos da Autocompaixão

A autocompaixão compreende três elementos interdependentes: mindfulness

(atenção plena), autobondade e humanidade compartilhada. Esses componentes são fundamentais para enfrentar adversidades, bem como para lidar com emoções difíceis e relacionamentos desafiadores (Gilbert, 2019; Gilbert & Simos, 2024; Neff, 2017, 2022; Neff & Germer, 2019).

Mindfulness

Mindfulness, ou atenção plena, é a base da autocompaixão. Diz respeito à capacidade de estar consciente das experiências momento a momento, permitindo, dessa forma, o reconhecimento da experiência do sofrimento. É saber que estamos sofrendo enquanto sofremos (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Mindfulness é um estado equilibrado de consciência. Dessa forma, apresenta-se como um antídoto para a sobreidentificação com pensamentos, sentimentos ou emoções. A atenção plena nos impede de sermos levados pelo enredo dramático do que está acontecendo. Assim, não somos absorvidos por pensamentos ou sentimentos negativos e podemos nos defrontar com a verdade da nossa experiência, mesmo que seja desagradável (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Autobondade

A autobondade implica tratar a si mesmo com cuidado, compreensão, encorajamento e apoio, especialmente em momentos de fracasso ou sofrimento. A autobondade permite que sejamos tão amorosos com nós mesmos como somos com outras pessoas queridas que estão em sofrimento (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Essa abordagem contrasta com a auto-crítica, pois a autobondade envolve ativamente confortar, proteger e apoiar a nós mesmos quando estamos sofrendo. Assim, em vez de sermos duramente críticos com nossas falhas pessoais, nos atacamos e nos repreendemos, tornamo-nos nossos próprios apoiadores e encorajadores, oferecendo-nos palavras de conforto e aceitação radical e incondicional (Brach, 2021; Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Humanidade Compartilhada

A humanidade compartilhada nos per-

mite ver que o sofrimento é uma condição humana universal. É a capacidade de reconhecer que, assim como eu, todos sofrem - ainda que haja grupos e indivíduos que sofram maior opressão com base em suas identidades e suas histórias individuais e coletivas, tais como mulheres, pessoas negras, indígenas, pessoas com deficiência, população LGBTQIAPN+ (Neff, 2017, 2022; Neff & Germer, 2019).

Ao compreender que todos enfrentam dificuldades, é possível combater o isolamento emocional e cultivar um senso de conexão com as outras pessoas. Dessa forma, em vez de ficarmos sozinhos, fixados à ideia de que o sofrimento “só acontece comigo”, podemos pedir ajuda e nos conectar com outras pessoas que experimentam dores e dificuldades semelhantes. Isso nos mostra que o sofrimento é inerente à experiência humana mais ampla e nos permite ver nossas imperfeições como parte de sermos humanos (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Mitos e Equívocos sobre Autocompaixão

A autocompaixão, apesar de amplamente estudada, é muitas vezes mal compreendida devido a mitos e equívocos que perpetuam interpretações errôneas do conceito. Esses mitos dificultam a adoção da autocompaixão como ferramenta de regulação emocional.

Autopiedade

Um dos mitos mais comuns é a confusão entre autocompaixão e autopiedade. A autopiedade implica em um foco excessivo nos próprios problemas, sentindo pena de si mesmo e levando ao isolamento e à ruminação. Em contrapartida, a autocompaixão promove uma perspectiva equilibrada, que reconhece o sofrimento como parte da condição humana compartilhada. A autocompaixão é, portanto, um antídoto para a autopiedade e a tendência a reclamar da nossa “má sorte”, pois ela nos torna mais dispostos a experimentar e a reconhecer sentimentos difíceis com bondade, além de nos lembrar do fato de que todos sofrem (Neff, 2015).

Fraqueza

Outro equívoco é a ideia de que a auto-

compaixão reflete fraqueza ou falta de determinação. Este mito é particularmente prejudicial, pois desconsidera as evidências de que a autocompaixão está associada ao aumento da resiliência e da capacidade de lidar com adversidades. Em vez de ser uma fraqueza, a autocompaixão é uma das fontes mais poderosas de enfrentamento de que dispomos. A autocompaixão nos mostra que não é apenas o que você enfrenta na vida, mas como você lida consigo mesmo quando as coisas ficam difíceis - como um amigo ou como um inimigo - que determina a sua capacidade de enfrentar a situação (Neff, 2015).

Autoindulgência

Muitos acreditam que a autocompaixão leva à permissividade ou à complacência com nossos erros e comportamentos inadequados, o que prejudicaria a nossa motivação para sermos melhores. No entanto, o conceito de autocompaixão inclui responsabilidade e busca ativa por melhorias. Afinal, ao contrário da autocrítica, uma resposta autocompassiva reconhece honestamente o fracasso e busca o encorajamento para seguir adiante, o que nos ajuda a manter a autoconfiança e a nos sentirmos emocionalmente apoiados (Neff, 2015).

Egoísmo

A autocompaixão é frequentemente vista como uma prática egoísta, o que contrasta com seu verdadeiro objetivo de promover bem-estar e beneficiar tanto o indivíduo quanto suas relações. Muitos supõem que gastar tempo e energia sendo gentil e cuidadoso consigo mesmo significaria automaticamente estar negligenciando os outros; porém, quando nos incluímos no círculo da compaixão, reduzimos a sensação de separação dos outros. Além disso, ao nos cuidarmos, muitas das nossas necessidades emocionais são satisfeitas, deixando-nos em uma posição mais favorável inclusive para dar atenção às outras pessoas (Neff, 2015).

Narcisismo

Por fim, é comum a associação entre autocompaixão e narcisismo. Enquanto o narcisismo é caracterizado pela busca por ter

uma autoestima elevada e por ser superior às outras pessoas, a autocompaixão promove uma relação inclusiva consigo mesmo e com o mundo. Enquanto a visão narcisista busca sentir-se melhor do que os outros, a abordagem autocompassiva traz o reconhecimento de que, assim como eu, todos compartilham a condição humana da imperfeição. A autocompaixão, portanto, é uma forma de se relacionar consigo mesmo com bondade e aceitação, especialmente quando erramos ou nos sentimos inadequados (Neff, 2015).

Benefícios da Autocompaixão

Neff (2017, 2022) aponta que pessoas com altos níveis de autocompaixão tendem a ser mais felizes, menos ansiosas e menos propensas a sofrer de depressão. Além disso, essas pessoas relatam maior satisfação com suas vidas, sentem-se gratas pelo que possuem e exibem uma autoimagem mais positiva e equilibrada.

A autocompaixão também está associada a uma maior capacidade de regular emoções negativas e de desenvolver resiliência diante de desafios. Indivíduos mais autocompassivos são mais propensos a cuidar de sua saúde física e mental, envolvendo-se em hábitos saudáveis, como exercícios regulares, alimentação equilibrada e sono adequado. Essa prática também fortalece o sistema imunológico, reduzindo a frequência de doenças (Neff 2017, 2022).

Outro benefício da autocompaixão é o impacto positivo nas relações interpessoais. Pessoas que cultivam essa habilidade são mais empáticas e compassivas com outras pessoas e conseguem manter conexões mais saudáveis e significativas. Além disso, diferentemente da busca incessante pela autoestima baseada em aparências ou em conquistas externas, a autocompaixão promove um senso de valor próprio estável e incondicional, que independe da aprovação alheia (Neff, 2017, 2022).

Fisiologia da Autocompaixão

A autocompaixão está profundamente conectada aos sistemas de regulação emocional do corpo descritos por Gilbert (2019) em três sistemas principais: o sistema de impul-

so-estímulo, incentivo e busca de recursos; o sistema de ameaças e autoproteção; e o sistema de segurança, tranquilização e contentamento. Neste artigo, manteremos o foco nos dois últimos sistemas (Gilbert, 2019; Gilbert & Simos, 2024).

Quando nos deparamos com dificuldades, cometemos um erro e nos criticamos, instintivamente nos sentimos ameaçados e ativamos nosso sistema de ameaças e autoproteção. A autocrítica, nesse contexto, aciona esse sistema de defesa e ameaça, o que leva à ativação do sistema nervoso simpático e à liberação de cortisol e adrenalina. Esses hormônios intensificam sentimentos de ansiedade, raiva e aversão, aumentando o estresse corporal e mental, e mantendo o foco na ameaça e na busca por segurança e proteção (Gilbert, 2019; Gilbert & Simos, 2024).

Por sua vez, práticas de autocompaixão, como vocalizações gentis e gestos físicos de carinho, geram uma sensação de segurança que é capaz de neutralizar o estresse e ativar o sistema de segurança, tranquilização e contentamento. Esse sistema de calma e afiliação está associado à ativação do sistema nervoso parassimpático e à consequente liberação de hormônios como a ocitocina, que promovem sensações de segurança e relaxamento. Essa mudança fisiológica permite que o indivíduo saia do estado de alerta e possa focar na afiliação, na tranquilização e no bem-estar (Gilbert, 2019; Gilbert & Simos, 2024). Assim é possível cultivar o que Gilbert (2019) denomina de “mente de afiliação”, a qual é capaz de promover uma sensação de segurança interior e conexão social, fundamentais para o bem-estar emocional.

Backdraft: Dificuldade com a Autocompaixão

A *backdraft* pode ser definida como uma reação emocional intensa que ocorre quando trazemos compaixão para dores acumuladas. Assim como em um incêndio, quando a entrada de oxigênio fresco pode reacender as chamas, abrir as portas do coração para a autocompaixão pode trazer à tona memórias e emoções reprimidas, provocando desconforto

e dor emocional. Essa é uma situação especialmente desafiadora para pessoas que carregam feridas emocionais profundas ou experiências de negligência, rejeição ou abuso (Neff, 2017, 2022; Neff & Germer, 2019).

Para lidar com o *backdraft*, é essencial introduzir a autocompaixão de forma gradual e segura, com foco na chamada “autocompaixão comportamental”. Nesse sentido, estratégias indiretas, como cuidar de si por meio de pequenas ações diárias, ou práticas de *mindfulness*, como focar nas sensações corporais, ajudam a estabilizar as emoções e a lidar com o *backdraft*. Essa abordagem da autocompaixão comportamental é capaz de criar um ambiente interno mais seguro, permitindo trazer alívio gradativo ao sofrimento (Neff, 2017, 2022; Neff & Germer, 2019).

Autocompaixão Terna e Feroz

Kristin Neff (2022) diferencia dois aspectos complementares da autocompaixão: a autocompaixão terna e a autocompaixão feroz. A autocompaixão terna, ou yin, envolve acolher e validar o sofrimento com gentileza, trazendo conforto e calma. Esse aspecto está profundamente relacionado à presença amorosa conectada, na qual o indivíduo reconhece sua dor e oferece a si mesmo uma energia suave, dócil, receptiva e nutridora.

Por outro lado, a autocompaixão feroz, ou yang, está associada à ação no mundo. Ela se manifesta na capacidade de proteger, prover e motivar a si mesmo. Esse aspecto inclui estabelecer limites claros, lutar por justiça e promover mudanças necessárias para o crescimento pessoal e social. A energia firme da autocompaixão feroz permite que indivíduos se posicionem contra o que lhes faz mal. É a expressão de uma energia firme, vigorosa, determinada e orientada para um objetivo (Neff, 2022).

Quando as dimensões terna e feroz da autocompaixão estão integradas, Neff (2022) afirma que ambas se manifestam como “a força do cuidado”. Enquanto a autocompaixão terna abraça e nutre, a autocompaixão feroz defende e motiva. Essa combinação cria um equilíbrio dinâmico, no qual o indivíduo não apenas acolhe o sofrimento (yin), mas também

age para transformá-lo (yang).

Nesse sentido, é importante ressaltar que a aceitação da autocompaixão terna sem a disposição da autocompaixão feroz para agir pode gerar passividade e complacência, o que pode ser nomeado como “compaixão idiota” (Chödrön, 2017). E, por sua vez, a força de ação de yang sem os sentimentos de presença amorosa conectada de yin pode causar hostilidade, agressão, egoísmo e perfeccionismo (Neff, 2022).

Conclusão

A autocompaixão representa uma abordagem cientificamente fundamentada para lidar com o sofrimento humano. Ao integrar mindfulness, autobondade e humanidade compartilhada, a autocompaixão se destaca como um recurso para enfrentar adversidades, bem como para lidar com emoções difíceis e relacionamentos desafiadores.

Além disso, a integração entre autocompaixão terna e feroz expande o conceito, oferecendo ferramentas tanto para o acolhimento emocional quanto para ações transformadoras no enfrentamento de desafios pessoais e sociais. Afinal, a autocompaixão não apenas beneficia o indivíduo, mas também tem o potencial de impactar positivamente interações sociais e contextos coletivos.

Apesar do progresso significativo nas pesquisas, ainda há lacunas importantes a serem preenchidas. Investigações futuras podem aprofundar no estudo sobre o impacto da autocompaixão em populações diversas e em contextos de desigualdade estrutural, além de explorar sua aplicação em intervenções voltadas para saúde mental, educação e justiça social.

A autocompaixão, portanto, deve ser compreendida de maneira multidimensional, ampliando o entendimento sobre como indivíduos e sociedades podem se relacionar de uma nova forma com o sofrimento humano.

Referências

- Brach, T. (2021). Aceitação radical: Como despertar o amor que cura o medo e a vergonha dentro de nós. Sextante.
- Chödrön, P. (2017). Quando tudo se desfaz: Orientação para tempos difíceis. Gryphus.
- Gilbert, P. (2019). Terapia focada na compaixão. Hogrefe.
- Gilbert, P., & Simos, G. (Orgs.). (2024). Terapia focada na compaixão: Aplicações e prática clínica. Artmed.
- Jinpa, T. (2016). Um coração sem medo: Por que a compaixão é o segredo mais bem guardado da felicidade. Sextante.
- Neff, K. (2015, 30 de setembro). The five myths of self-compassion. Greater Good Magazine. https://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_five_myths_of_self_compassion
- Neff, K. (2017). Autocompaixão: Pare de se torturar e deixe a insegurança para trás. Lúcida Letra.
- Neff, K. (2022). Autocompaixão feroz: Como as mulheres podem fazer uso da bondade para se manifestar livremente, reivindicar seu poder e prosperar. Teresópolis: Lúcida Letra.
- Neff, K., & Germer, C. (2019). Manual de mindfulness e autocompaixão: Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo. Artmed.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18087088>

CONHEÇA NOSSOS CURSOS DE
FORMAÇÃO

100H



PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL - FAP



TERAPIA FOCADA NA COMPAIXÃO - CFT



TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO - ACT

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

A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E O TREINAMENTO DE HABILIDADES DBT



Andreia Castro

Psicóloga (CRP 04/65683) especialista em Terapia Comportamental Dialética, atua no contexto clínico, como treinadora de habilidades em DBT e supervisora de casos clínicos.
E-mail: andreialrcaastro@gmail.com

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) surgiu como uma proposta de tratamento efetivo para pessoas com comportamentos suicidas, muitas das quais atendiam aos critérios para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ou apresentavam um padrão de desregulação emocional global (Chapman & Dixon-Gordon, 2020), sendo reconhecido por Linehan (1993) como um tratamento voltado para a construção de uma vida valiosa. Atualmente, a DBT é considerada uma abordagem com fortes evidências empíricas para o tratamento do TPB e da desregulação emocional (Chapman & Dixon-Gordon, 2020), demonstrando bons resultados na redução de comportamentos auto lesivos e tentativas de suicídio em indivíduos com esse perfil clínico (Mann, Michel & Auerbach, 2021). Segundo Swenson (2016), trata-se de uma abordagem baseada em princípios e protocolos, fundamentada nos eixos da aceitação, mudança e dialética.

Com o intuito de sustentar suas estratégias clínicas, a DBT se apoia em um modelo teórico que busca explicar como se desenvolvem os padrões de desregulação emocional presentes nesses quadros. Para favorecer a compreensão compartilhada entre terapeuta e paciente, os tratamentos psicológicos geralmente se ancoram em teorias que auxiliam na análise dos comportamentos, incluindo seus antecedentes e fatores de manutenção (Chapman & Dixon-Gordon, 2020). A teoria que fundamenta a DBT é chamada de teoria biosocial, formulada inicialmente por Linehan

(1993). Essa teoria propõe que a desregulação emocional resulta da interação entre uma vulnerabilidade biológica — caracterizada por alta sensibilidade, intensa reatividade e retorno lento à linha de base — e um ambiente invalidante, que tende a rotular as respostas emocionais internas como inadequadas ou exageradas.

Para Koerner (2011), indivíduos com alta vulnerabilidade emocional, mesmo em contextos com um nível de invalidação comum — que não ocorre de forma intensa, nem persistente — podem desenvolver grandes problemas emocionais. A autora também ressalta que, nenhum ambiente consegue manter-se perfeitamente ideal, e em algumas situações, todos nós seremos invalidantes ou invalidados. O modelo descrito por Linehan (1993) apresenta a invalidação emocional como um processo transacional, no qual indivíduo e ambiente se influenciam mutuamente. Pessoas com maior vulnerabilidade emocional podem demandar mais apoio na regulação e nos cuidados atencionais. No entanto, o ambiente, por vezes limitado em recursos ou compreensão, não consegue suprir essas necessidades e responde de forma que faz com que o indivíduo se sinta invalidado.

Com a repetição desse padrão, o indivíduo aprende a inibir a expressão das próprias emoções. Esse comportamento acaba sendo reforçado pelo ambiente, que responde de forma mais positiva à inibição do que à expressão emocional. Por outro lado, quando o indivíduo percebe que precisa demonstrar emoções de

forma mais intensa para receber apoio, essas manifestações exacerbadas acabam sendo reforçadas — enquanto expressões mais sutis deixam de ser reconhecidas (Linehan, 1993).

Dado que muitas vezes o ambiente não ensina estratégias eficazes de regulação, a pessoa com vulnerabilidade emocional passa a expressar emoções de maneira cada vez mais intensa e desorganizada. Em alguns momentos, acredita que emoções não são válidas; em outros, busca apoio de forma urgente, com expressões mais intensas. Essas expressões exacerbadas frequentemente recebem mais atenção do ambiente, gerando um ciclo de reforçamento intermitente, no qual as manifestações emocionais extremas são reconhecidas e mantidas (Linehan, 1993).

Esse padrão perpetua a invalidação emocional e contribui para o desenvolvimento da autoinvalidação — a tendência do indivíduo a desacreditar nas próprias experiências emocionais (Linehan, 1993). Além disso, a constante punição ou desvalorização das emoções, bem como a criação de regras irrealistas para o manejo delas, dificulta o aprendizado de habilidades adequadas de regulação. Como consequência, instala-se um padrão persistente de desregulação emocional, conceito central na teoria biossocial, além do surgimento do que mais tarde foi chamado de dilemas dialéticos, no qual o indivíduo experimenta momentos de subcontrole e supercontrole emocional.

Com o avanço das pesquisas, a teoria biossocial passou por reformulações importantes. Crowell, Beauchaine e Linehan (2009) ampliaram a compreensão do modelo ao incluir o papel do comportamento impulsivo no desenvolvimento da desregulação emocional. Segundo os autores, crianças com padrões comportamentais impulsivos tendem a apresentar dificuldades no controle inibitório e são particularmente suscetíveis à invalidação, bem como ao controle coercitivo que contribui para a escalada emocional. Além disso, esses indivíduos podem, ao longo da vida, estabelecer vínculos com outros que compartilham de traços semelhantes, o que pode favorecer o desenvolvimento de repertórios disfuncionais, como o uso de substâncias ou comportamentos de risco (Chapman & Dixon-Gordon, 2020).

Dessa forma, Crowell, Beauchaine e Linehan (2009) propõem uma ampliação da teoria biossocial, compreendendo que a interação entre vulnerabilidades biológicas (emocionais e impulsivas), ambiente invalidante e contexto social constitui um conjunto significativo de fatores de risco para a desregulação emocional global e o desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline.

Como a DBT Organiza o Tratamento

A partir da teoria biossocial, a DBT estrutura suas intervenções focando diretamente na desregulação emocional, vista como fator central na manutenção de outras instabilidades — cognitivas, interpessoais, de identidade e comportamentais (Linehan, 1993).

Koerner (2011) descreve a desregulação emocional como a dificuldade extrema, mesmo com grande esforço, para inibir comportamentos ligados às emoções — sejam verbais ou não verbais. Além disso, essa desregulação compromete o gerenciamento das respostas fisiológicas e prejudica a capacidade de redirecionar o foco atencional para além do problema, mantendo o indivíduo motivado por emoções por um tempo mais prolongado.

Linehan (1993) propôs uma organização baseada em modos e funções do tratamento, composta por quatro modos principais: (1) terapia individual, (2) grupo de treinamento de habilidades, (3) coaching telefônico e (4) equipe de consultoria para os terapeutas. Cada um desses modos, desempenha funções específicas, sendo respectivamente: aumentar a motivação para a mudança, ensinar habilidades concretas de enfrentamento, promover a generalização dessas habilidades para o cotidiano e oferecer apoio técnico e emocional aos terapeutas (Linehan, 1993; Koerner, 2011). Além disso, Koerner (2011) destaca a importância do modo de estruturação ambiental, no qual o clínico atua no contexto social do paciente (ou o prepara para isso).

Para que o tratamento seja considerado DBT padrão (DBT Standard), é necessário que todos os modos e funções estejam presentes de forma integrada (Linehan, 1993).

Por que um treinamento de habilidades sepa-

rado das sessões individuais?

Diante da compreensão do modelo biossocial, das características de desregulação emocional e das demais instabilidades apresentadas, o Treinamento de Habilidades em DBT tem como objetivo central capacitar os pacientes com ferramentas para substituir comportamentos desadaptativos, promover regulação emocional e aumentar a efetividade interpessoal (Linehan, 2015). As habilidades ensinadas são organizadas em quatro módulos, sendo eles: mindfulness, tolerância ao mal-estar, efetividade interpessoal e regulação emocional, com características fundamentadas no Zen-budismo e nas terapias cognitivas e comportamentais.

Linehan (2015) explica que as habilidades de Mindfulness são centrais e base de todas as demais. Essas habilidades auxiliam a manter o foco no momento presente, percebendo e aceitando aquilo que acontece internamente ou externamente. Essas habilidades, auxiliam na observação, descrição e participação do momento presente, utilizando da postura não julgadora, do fazer uma coisa de cada vez e do ser efetivo, tornando a experiência mais conectada ao momento presente. Além disso, as habilidades de mindfulness exploram o conceito do que Linehan (2015) nomeia de mente sábia, uma sabedoria interna que nos auxilia na tomada de decisão equilibrada nas emoções e no racional, validando o que se é sentido e compreendendo a necessidade de tolerância ao mal-estar auxiliam o paciente a enfrentar momentos de dor emocional intensa sem agravar a situação, favorecendo a aceitação do que não pode ser modificado. Elas incluem estratégias para lidar com impulsos, regular a fisiologia e promover o distanciamento cognitivo da situação de crise. A aceitação da realidade é um marco nesse conjunto, pois permite a redução do sofrimento por meio da aceitação do momento presente (Linehan, 2015).

Para Linehan (2015) às habilidades de regulação emocional, têm como função auxiliar no controle emocional, mesmo reconhecendo que o controle total não é possível. Essas habilidades auxiliam na modulação das emoções, a partir da compreensão do que está

sendo sentido, possibilitando a modificação de respostas emocionais quando necessário e promovendo maior cuidado com as vulnerabilidades emocionais.

Por fim, as habilidades de efetividade interpessoal são descritas por Linehan (2015) como habilidades que auxiliam na manutenção e melhora nos relacionamentos, permitindo o afastamento de relacionamentos destrutivos e o início de relacionamentos valiosos, saindo do isolamento. Tais habilidades capacitam o indivíduo a conseguir lidar, capacitam o indivíduo a lidar com conflitos, buscar por objetivos de forma eficaz e preservar o autorrespeito.

O Treinamento de Habilidades tem um formato estruturado, com protocolos definidos. Comumente, o protocolo mais indicado por Linehan (1993), é o de 26 semanas. A autora também discorre sobre a necessidade de alguns dos casos o ciclo ser repetido, e dispõe no manual, possibilidades de adaptações do treinamento de habilidades. Esse treinamento é organizado por pelo menos um líder e um colíder limitando a um total de 10 participantes, incluindo os líderes. Cada sessão é composta por: prática de mindfulness, revisão de tarefas, apresentação de conteúdo novo, treino prático da habilidade e encerramento (Linehan, 2015).

Linehan (2015) explica que o ensino eficaz dessas habilidades exige um contexto estruturado, com tempo, repetição e prática, passando por três etapas: aquisição, fortalecimento e generalização das habilidades. Contudo, a autora e seus colegas perceberam que, na prática com pacientes de alto risco, a terapia individual nem sempre permite esse ensino sistemático, devido à necessidade de foco prioritário na prevenção de comportamentos suicidas e à limitação de tempo para intervenções estruturadas. Além disso, torna-se difícil manter a estrutura necessária para que o treinamento ocorra de forma eficaz nesse contexto.

Assim, o Treinamento de Habilidades foi concebido como um modo complementar, fornecendo espaço exclusivo para o desenvolvimento dessas competências, vinculadas ao objetivo da construção de uma vida valio-

sa A generalização é reforçada pelo coaching telefônico, realizado pelo terapeuta individual, que ajuda a aplicar as habilidades em situações do cotidiano. A equipe de consultoria oferece suporte técnico e emocional aos profissionais, garantindo a fidelidade ao modelo e prevenindo o esgotamento clínico (Linehan, 2015).

A DBT, quando aplicada em seu formato standard, tem se mostrado altamente eficaz no tratamento de indivíduos com TPB e desregulação emocional severa. Sua organização baseada em modos e funções, aliada a uma teoria sólida e evidências empíricas robustas, consolida a DBT como uma abordagem terapêutica altamente estruturada, centrada na aceitação, mudança e dialética (Linehan, 2015; Swenson, 2016).

Referências

- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2020). *Dialectical Behavior Therapy*. American Psychological Association.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
<https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Koerner, K. (2011). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual*, (2nd ed.). Guilford Press.
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: Acceptance, change, and dialectics*. Guilford Press.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18087129>

CONHEÇA NOSSOS CURSOS DE

FORMAÇÃO



TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA - DBT



TERAPIA ANALÍTICO-
COMPORTAMENTAL INFANTIL

NOVO FORMATO



ORIENTAÇÃO PARENTAL

NOVO



ORIENTAÇÃO PARENTAL COM ÊNFASE
EM NEURODIVERGÊNCIAS

NOVO

FLOR DO DESCONFORTO: VÍNCULOS ENTRE A COMPAIXÃO E A FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA



Cainã Nascimento

Mestrando em Psicologia pela UFRGS, com especializações em Terapias Cognitivo-Comportamentais e de Aceitação e Compromisso. Possui formação e experiência em programas de Mindfulness e Compaixão, e colaborou em publicações sobre relações raciais e de gênero, atenção plena e compaixão.

E-mail: caina.sbn@gmail.com

Um Convite Agridoce

Eu venho sendo uma pessoa há alguns anos e suspeito que você também. Durante essa jornada venho notando que sofro. Com isso, quero dizer que, enquanto ser humano, me deparo com diversas circunstâncias aversivas no território do meu organismo. Essas circunstâncias desenham uma trajetória demarcada pela história desse corpo, fruto de um processo evolutivo e inserido em uma cultura. Aqui — suponho de novo — que você também. Por trás desses passos, há uma intenção nem sempre evidente: mover-me do desconforto ao conforto, que é causa e consequência do acúmulo de experiências na vida. Ou seja, sofro e tento não sofrer, aprendendo com os resultados de meus comportamentos, com aquilo que vejo no mundo, lançando mão das estratégias que foram desenvolvidas em meu organismo ao longo da minha história, tanto daquilo que herdei como um corpo humano, quanto das relações históricas e sociais que moldam sofrimentos e esquivas destes.

Este texto, como todos os meus outros movimentos, é uma complexa mistura de esquiva de sofrimentos e um comportamento em direção a algo importante. É a possibilidade de caminhar e florescer na direção que me parece salutar para minha vida, como escritor, como psicólogo, como alguém que pode impactar a comunidade de maneira positiva. Faço a ti, pessoa que lê este escrito, um convite para checar se as condições descritas até aqui te geram identificação de alguma forma: se so-

fre; se tenta não sofrer com variados graus de sucesso; se essas condições estão amarradas ao seu contexto; e se ler este texto pode ser, de alguma forma, um comportamento salutar em sua vida. Caso seja assim, vamos juntos pensar sobre terapia de aceitação e compromisso, sofrimento e compaixão, tentando entender como esses fenômenos se vinculam, e seus horizontes para uma relação com as dificuldades de se ser uma pessoa.

A Luta Contra a Dor

Dentro da cultura ocidental, somos comumente educados a cultivar a ausência de sofrimento. É como se a existência, por padrão, devesse ser um mar de tranquilidade e qualquer onda mais forte de desconforto fosse um erro de percurso — uma falha individual — e não uma característica do oceano. O modelo biomédico, aplicado à saúde (e doença) mental, muitas vezes, reforça essa crença. Dentro de um pressuposto de normalidade saudável, pensamentos, sentimentos ou sensações físicas penosas são “sintomas” – sinais de que algo está fundamentalmente “errado”, indicando uma “anormalidade” ou uma “doença” a ser erradicada (Hayes et al., 2021). A ideia é que o organismo humano funciona em direção a saúde e a felicidade, e qualquer desvio disso é uma perturbação a ser corrigida.

Essa premissa não foi assimilada pela psicologia à toa, dado seu sucesso no tratamento de diversas questões da medicina, além do crédito que oferta a psicologia quando ela

se aproxima do entendimento médico tradicional. Todavia, os pressupostos dessa visão levam a uma “biomedicalização da vida humana”, onde o sofrimento, uma parte intrínseca da jornada de qualquer ser vivo, é rapidamente enquadrado em rótulos diagnósticos seja através de rápidos vídeos em redes sociais, testes de internet ou, por vezes, sob o olhar condicionado de um profissional com pouco senso crítico (Nelson, 2019).

Apesar da popularidade desse entendimento, não há um consenso na psicologia sobre o foco principal na rotulagem de sintomas. Muitos profissionais e pesquisadores argumentam que essa abordagem acaba deixando em segundo plano a importância de marcadores funcionais e positivos de saúde mental, como o bem-estar e a qualidade de vida. (Jankowski et al., 2020). Além disso, esse entendimento pode invalidar formas importantes de sofrimento psicológico (problemas de relacionamento, crises existenciais, dependências comportamentais, etc.) e até mesmo seus defensores reconhecem que ele pode patologizar processos normais da vida, como o luto ou a tristeza (Hayes et al., 2021).

À medida que essa visão se expande, a capacidade de lidar com o sofrimento de maneira adaptativa diminui. Em vez de observar o sofrimento como um convite à adaptação e ao aprendizado, somos ensinados a fugir dele, a escondê-lo, a encará-lo como um sinal de fraqueza pessoal.

A Teia da Linguagem

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) oferece uma perspectiva radicalmente diferente acerca do sofrimento. Em vez de reconhecê-lo como uma anomalia a ser extirpada, a ACT o enquadra como parte fundamental do funcionamento de uma pessoa. O sofrimento psicológico, nessa visão, emerge predominantemente de processos psicológicos normais, em especial, da nossa capacidade exclusiva, enquanto seres humanos: a linguagem (Barbosa & Murta, 2014).

Mais do que meras palavras, a linguagem humana é a capacidade de atividade simbólica — de produzir e relacionar gestos, imagens, sons ou o que quer que seja. Desta

mesma capacidade derivam as sutilezas sublimes das artes, a pragmática dominação do meio ambiente por parte do ser humano, bem como crenças que evocam os comportamentos mais vis e aterradores dos homens. As mesmas ferramentas que nos ajudam a produzir feitos incríveis de cognição também produzem sofrimento (Perez et al., 2013).

Nossa mente, através da linguagem, cria conexões profundas entre ideias, algo que chamamos de “molduras relacionais”. Imagine uma criança que, crescendo em um ambiente onde certas características raciais são associadas a ideias negativas, começa a aprender e internalizar essas ligações. Por exemplo, ela pode ouvir que “pele escura” está conectada a “ser inferior” ou “perigoso”. Não há nada inerentemente inferior ou perigoso na cor da pele, mas a linguagem e as interações sociais constroem essa relação, associando, sentimentos, pensamentos e sensações a uma característica racial. Essa capacidade peculiar de nossa mente, que não acontece com outros animais, pode amplificar nosso sofrimento (Perez et al., 2013).

Isso acontece quando nos pegamos “colados” aos nossos pensamentos, sentimentos e lembranças, tratando-os como se fossem pura realidade. Esse processo é chamado de fusão cognitiva e está associado ao modelo de inflexibilidade psicológica.

Pense no exemplo da criança negra que pode chegar a dizer aos pais que não quer ser negra”. O sentimento de inferioridade se prende à sua própria identidade e, naturalmente, leva a uma armadilha: a de tentar fugir ou esconder o que sentimos por dentro, como o que acontece ao encostar uma parte do corpo em uma superfície quente: retira-se rapidamente a mão do contato com o estímulo que elicia dor, mas, ironicamente, essa dor continua por um tempo. Isso exemplifica que a tentativa de controle acaba intensificando nosso sofrimento, porque quanto mais tentamos afastar um pensamento ou sentimento difícil, mais ele persiste (Barbosa & Murta, 2014; Hayes et al., 2021).

Quando nossa vida é dominada por essa ilusão de que o que pensamos é literal e a esquiva desses fenômenos mentais é eficaz,

nosso repertório comportamental se restringe. A ACT nos convida a reconhecer a agri-doce realidade de que uma vida como ela é envol-ve uma relação com processos mentais úteis, agradáveis, desagradáveis e destrutivos a depender do contexto, e que não há escapatória de nossa própria cabeça (Hayes et al., 2021; Kabat-Zinn, 2023).

Para lidar com essa realidade, a ACT propõe o cultivo da flexibilidade psicológica, um conjunto de seis processos interligados que formam o que chamamos de Hexaflex. Isso inclui: a) a aceitação de experiências internas difíceis; b) a desfusão de pensamentos (vê-los como apenas palavras); c) o contato com o momento presente; d) a perspectiva do self-como-contexto (o “eu observador”); e) a clarificação de valores pessoais e; f) a ação comprometida na direção desses valores (Barbosa & Murta, 2014).

Compaixão: A Flor da Flexibilidade Psicológica

Diante desse entendimento do sofrimento como uma consequência da nossa capacidade de linguagem e não como uma falha intrínseca, torna-se não apenas possível, mas natural buscar atitudes e formas de nos relacionarmos com a dor de maneira mais útil. A ACT, nesse ponto, nos estende a mão para um caminho que não busca a erradicação do sofrimento, mas sim a construção de uma vida plena com ele.

O cultivo de compaixão, converge com a ACT nessa perspectiva. Para Tirsch e Silberstein (2014) a essência da compaixão pode ser definida como “uma gentileza básica, com profunda consciência do sofrimento de si mesmo e de outros seres vivos, aliada ao desejo e ao esforço para aliviá-lo”. Essa definição, se manifesta em duas facetas interconectadas: o engajamento (a sensibilidade para notar e se voltar para o sofrimento) e o alívio (a motivação e o compromisso de agir para amenizar o sofrimento).

A compaixão, como todas as outras características humanas, deriva de um berço evolutivo, é um dentre vários legados de nossa evolução. Em comunidades pré-históricas, a capacidade de sentir e responder ao sofrimen-

to alheio provavelmente aumentou a coesão do grupo e as chances de sobrevivência individual e coletiva (Gilbert, 2020).

Aquele que auxiliava um membro ferido, ou se importava com a dor da perda de um ente querido, fortalecia os laços sociais, criando um ambiente mais seguro para a prole e para a busca de recursos (Gilbert, 2020). Esses repertórios específicos não eram apenas traços “bons”, mas comportamentos funcionais que contribuíram diretamente para a persistência da espécie (Kaplan-Reimer et al., 2025).

A flexibilidade psicológica, por sua vez, pode ter evoluído em paralelo com a compaixão. A capacidade de não se fundir com o medo de predadores ou a dor da fome, mas ainda assim agir para superá-los, é uma forma de flexibilidade comportamental. A compaixão e a flexibilidade, portanto, podem ter co-evoluído, permitindo que nossos ancestrais não apenas sofressem, mas respondessem ao sofrimento de formas adaptativas e cooperativas (Tirsch & Silberstein, 2014).

Essa herança se manifesta em múltiplos níveis:

- 1) Filogeneticamente, vemos a predisposição inata dos humanos para o cuidado e a formação de laços sociais mútuos, pautados não somente por recompensas imediatas, mas também ganhos de longo prazo;
- 2) Ontogeneticamente, a criança aprende a compaixão ao ser cuidada e ao observar o cuidado em seu ambiente, sendo reforçada por comportamentos de ajuda e empatia, desenvolvendo e exercitando a possibilidade de imaginar o que se passa na mente do outro e;
- 3) Culturalmente, somos imersos em narrativas, leis e sistemas de crenças que influenciam a expressão dessas características no meio social.

Do ponto de vista da análise funcional dos comportamentos, a compaixão opera de uma forma muito particular em nossa vida. Ao invés de nos levar a simplesmente fugir do que é doloroso — o que chamamos de controle aversivo, onde agimos para evitar algo desagradável — a compaixão nos impulsiona para o bem-estar e significado, junto do desconforto no caminho. Ela nos ajuda a mudar o foco de “escapar da dor” para “ir em direção a uma

vida plena” (Kaplan-Reimer et al., 2025).

Isso significa que, quando a compaixão é um valor, as ações que visam ajudar a nós mesmos ou aos outros, mesmo as difíceis, passam a ter um “gosto” mais recompensador e nos motivam mais a agir. É como se a compaixão tornasse o “ganho” de uma vida com propósito mais importante que o “custo” do sofrimento presente. Assim, ela nos capacita a buscar um alívio de sofrimento que não é apenas uma ausência de dor, mas uma experiência rica de conexão e significado, de forma teoricamente convergente com o modelo da terapia de aceitação e compromisso (Hayes et al., 2021, Kaplan-Reimer et al., 2025). Nessa compreensão da compaixão com o modelo da flexibilidade psicológica da ACT, podemos conhecer a flexibilidade compassiva: uma forma de integração entre os modelos da Terapia Focada em Compaixão de Paul Gilbert (2020) junto aos elementos do Hexaflex. Mais do que uma adição à flexibilidade psicológica, a compaixão é uma qualidade que “naturalmente” floresce a partir do exercício e desenvolvimento da flexibilidade psicológica, e transforma o exercício de cada um de seus seis aspectos (Tirch & Silberstein, 2014).

Voltando para o exemplo de uma criança negra que aprende com a comunidade verbal, a associar sua cor de pele a ser “inferior”. Um primeiro passo compassivo e flexível na relação com este sofrimento é a sensibilidade e o contato com o momento presente (Tirch & Silberstein, 2014). Ou seja, a possibilidade de notar, sem julgamento, a tensão em seu corpo, o aperto no peito ou a respiração acelerada que surge quando um comentário racista é feito ou, até mesmo, quando ela se depara em representações negativas. É virar-se para essa dor, sem desviar o olhar.

Em seguida, vem o não-julgamento e a desfusão cognitiva. A compaixão nos ensina a perceber que somos frutos de um contexto pelo qual não temos culpa, mas sim responsabilidade (Tirch & Silberstein, 2014). Para essa criança, a mente pode insistir: “Você é inferior por ser negra”, ou “Seu cabelo crespo não é bonito”. Ser flexível e compassivo nessa circunstância pode implicar exercícios para treinar a ver esses pensamentos como “apenas

pensamentos” e não como verdades absolutas. Vazio de uma característica de literalidade, o pensamento pode ser observado gentilmente como um som, uma imagem, a circunstância da mente fazendo de forma amoral (Hayes et al., 2021).

A compaixão capacita uma criança negra a “dar espaço” para a dor e a vergonha que surgem ao notar expressões do racismo em sua experiência, em uma circunstância de tolerância ao sofrimento e aceitação. Não se trata de gostar de se sentir “inferior” ou envergonhada, mas estar disposta a permanecer com esses sentimentos, sem tentar fugir deles (Hayes et al., 2021).

A empatia, simpatia e o self-como-contexto ampliam o senso de eu para incluir o outro. A flexibilidade compassiva a permitiria ver outras pessoas negras que sofrem de racismo, sentindo empatia por elas. Ao fazer isso, ela perceberia que sua própria dor não a isola, mas a conecta a uma comunidade. O “eu observador” dela poderia ver a si mesma como uma criança que sofreu com mensagens racistas, mas que é mais do que a dor ou os rótulos (Hayes et al., 2021; Tirch & Silberstein, 2014).

O cuidado pelo bem-estar e os valores poderiam impulsionar essa criança a definir o que realmente importa em sua vida (Hayes et al., 2021). A compaixão a ajudaria a sensibilizar-se às próprias vontades, valores e autorar comportamentos alinhados com estes. Isso a levaria a agir para além de simplesmente ignorar a si própria de forma consonante com o que se espera dela em um contexto racista. Finalmente, a ação comprometida se manifesta em atos concretos. Com valores claros, a compaixão a motivaria a agir de forma corajosa, motivada pela proximidade de uma vida bem vivida com dignidade e propósito (Tirch & Silberstein, 2014).

A “flexibilidade compassiva” não é um milagre para a felicidade sem dor, mas um convite a uma vida vivida de coração aberto, mesmo diante dos inevitáveis sofrimentos. Nesse contexto, a compaixão serve como um valor que modifica a flexibilidade psicológica sob uma perspectiva de aliviar e prevenir de forma profunda o sofrimento advindo das intuitivas mas infrutíferas tentativas de nos esquivarmos de dores inevitáveis, e nos apro-

ximarmos de formas de ação que nos aproximam de bem-estar ao se alinharem com traços que consideramos plenos de propósito.

Compaixão: Coragem e Sabedoria

Uma verdade inquestionável se impõe à nossa existência: o sofrimento é inevitável. Nascemos e experienciamos, entre outras coisas, perdas, decepções, dores físicas, frustrações, medo e tristeza. Ninguém está imune a essa dimensão da experiência humana. É o que nos conecta a todos, independentemente de nossas histórias, culturas ou crenças (Neff, 2023).

Diante dessa realidade, fica o convite: como vamos responder a essa inevitabilidade? A ACT e as práticas focadas em compaixão oriundas da Terapia Focada na Compaixão (CFT), Mindful Self Compassion (MSC)¹ e outras avenidas que convergem para esse entendimento nos oferecem um caminho para essa resposta: a compaixão como uma fusão profunda de coragem e sabedoria (Gilbert, 2020; Neff, 2023; Tirsch & Silberstein, 2014).

A coragem é necessária para nos voltarmos para o sofrimento, para ousarmos sentir o que é desconfortável e soltar as rédeas do controle ineficaz, para abandonar as “guerras internas” que nos aprisionam. É a coragem de dar passos em direção a uma vida valorizada, mesmo quando o medo e a incerteza estão presentes. É a coragem de ser vulnerável, de se permitir ser visto em sua inteireza, com suas dores e suas alegrias.

A sabedoria reside em reconhecer a natureza do sofrimento – que ele é uma parte da nossa humanidade, e que a mente está sujeita a funcionar de forma maravilhosa e aterradora. É a sabedoria de não nos fundirmos com pensamentos julgadores, de ver as palavras como “apenas palavras”. É a sabedoria de aceitar o que não pode ser mudado, direcionando nossa energia para o que podemos, de fato, influenciar: nossas ações. É a sabedoria de cultivar uma perspectiva ampliada, de conexão a todos os seres, reconhecendo que a dor do ou-

tro é, em essência, a nossa própria.

Essa resposta, que se manifesta na flexibilidade compassiva, não é um luxo, mas uma necessidade para a nossa sobrevivência e para o florescimento da nossa espécie. Como clínicos, somos convidados à compaixão em nossa prática, a oferecer um espaço seguro e acolhedor onde o sofrimento pode ser desnudado, compreendido e transformado. Como pacientes, somos convidados a aceitar nossa própria humanidade, com todas as suas complexidades e dores, aprender a ser gentis conosco, a nos perdoar por nossas falhas e a nos acolher em nossas vulnerabilidades. Em ambos, há um viver, não somente apesar do sofrimento, mas junto dele, usando-o como um guia para o que realmente importa.

Que possamos, todos nós, com coragem e sabedoria, ter uma aproximação tão calorosa quanto possível do sofrimento. Que essa resposta nos guie para uma vida rica, significativa e conectada, seja no lugar de clínicos ou como pacientes, tentando aceitar que, na inevitabilidade da dor, podemos ainda nos perguntar: qual é a vida (e o sofrimento) que vale a pena viver?

Referências

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: História, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3). <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso 2.ed.: O Processo e a Prática da Mudança Consciente*. Art-med Editora. ISBN: 978-6581335281
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Bell, C. A., Davis, D. E., Porter, E., Jessen, M., Motzny, C. L., Ross, K. V., & Owen, J. (2020). Virtue, flourishing, and positive psychology in psychotherapy: An overview and research prospectus. *Psychotherapy*, 57(3), 291–309. <https://doi.org/10.1037/pst0000285>
- Kabat-Zinn, J. (2023). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK.
- Kaplan-Reimer, H., Cassella, M. D., Schanke, M. R., Lin, S.

¹ Há uma possibilidade de integração dos conceitos e processos apresentados no modelo de Kristin Neff à terapêutica da ACT, delineada no trabalho de Tirsch e equipe (2014). Apesar da importância do modelo Neff de Autocompaixão, a robustez da CFT e sua integração possível foi a escolha para o enfoque neste texto.

L., Malvini, W., Marroquin, N., Sudduth, H., Del Águila Vargas, V. B., Parfait, B., DuFrene, T., & Sandoz, E. K. (2025). From Aversive, Toward Appetitive: A Behavioral Conceptual Analysis of Compassion. *Behavior Analysis in Practice*.
<https://doi.org/10.1007/s40617-025-01046-z>

Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>

Nelson, A. D. (2019). Diagnostic dissonance and negotiations of biomedicalisation: Mental health practitioners' resistance to the DSM technology and diagnostic standardisation. *Sociology of Health & Illness*, 41(5), 933-949.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12876>

Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): Principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 33-51.

Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility*. New Harbinger Publications.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18087186>



CONHEÇA NOSSOS
CURSOS DE

FORMAÇÃO

170H



ANÁLISE COMPORTAMENTAL CLÍNICA



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

80H



**INTRODUÇÃO À ANÁLISE
COMPORTAMENTAL CLÍNICA**

