



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Processos de self

CAPÍTULO 8

*O domínio onde toda a experiência é vivida. Da formação do
senso de eu à distinção entre self conceitualizado, self como
processo e self como contexto — e por que autocompaixão,
não autoestima, é o caminho.*

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

Clique aqui e saiba mais



O ESSENCIAL

- Ψ **Todos os outros processos são experienciados a partir da perspectiva do self.** Por isso ele é central na rede — e por isso mexer nele muda o longo prazo, não só a crise.
- Ψ **O senso de eu não é inato: é aprendido.** Ele se constrói na interação, principalmente quando o cuidador nomeia a experiência interna da criança.
- Ψ **O problema nunca é o rótulo — é a rigidez do rótulo.** Rótulos dão coerência e previsibilidade; viram sofrimento quando tratados como verdade absoluta.
- Ψ **Três perspectivas:** self como conteúdo (“eu sou ansioso”), como processo (“estou sentindo ansiedade”) e como contexto (o céu, não o clima).
- Ψ **Autoestima não é o objetivo; autocompaixão é a alternativa** — atenção plena, humanidade compartilhada e autogentileza, sem virar nova regra rígida.

Por que o self é o divisor de águas

Este é o oitavo encontro. A primeira parte da jornada tratou dos fundamentos filosóficos e epistemológicos, da discussão sobre sintoma, do modelo de doença latente contraposto à individualidade do comportamento humano, e da construção do modelo de rede a partir da avaliação ideográfica com mensuração. Fechado esse ciclo, começa a **parte dois**: intervenções por domínio.

E o *self* ocupa um lugar particular nessa segunda parte. É um núcleo com muitas conexões na rede — cognição, afeto, comportamento, motivação — e é o que sustenta mudança de longo prazo, vitalidade e qualidade de vida.

O RISCO DE NÃO TOCAR NO SELF

Sem trabalho de *self*, o tratamento tende a se resumir a **apagar incêndios**: manejo de preocupação, regulação emocional, intervenções de curto prazo que aliviam sem reorganizar nada. O domínio pode ser trabalhado no início ou no fim do tratamento, mas dificilmente pode ser pulado sem custo.

O que é o self — e por que a definição importa

A literatura não tem consenso. William James (1890) definiu o *self* como a soma total de tudo aquilo que se pode chamar de “nosso” — e a partir dali o termo se desdobrou em processos autorreferidos variados: autoconceito, autocompaixão, autocrítica, autoimagem.

O problema prático: “eu”, “autoimagem”, “percepção de si”, “identidade” e “autorreferência” são usados de forma **intercambiável**, o que atrapalha a pesquisa por falta de definição operacional — e atrapalha a clínica pelo mesmo motivo.

A definição de trabalho apresentada: **o self é um conjunto de processos pelos quais a pessoa organiza a experiência, constrói sentido e se relaciona com quem ela é**. É central porque todos os demais processos — atencionais, emocionais, cognitivos, comportamentais — **são experienciados a partir da perspectiva do self**.

A herança cartesiana

Entender o *self* passa pela pergunta filosófica “o que é o eu”. Descartes, com o *penso, logo existo* — mais literalmente, *eu penso, logo eu sou* —, instala a lógica dualista de uma mente separada do corpo. Daí nasce a ideia do *self* como instância pensante, um lugar, o “fantasma na máquina” (a expressão é de Ryle, 1949), que atravessa as primeiras teorias psicológicas, incluindo a psicanálise.

PEÇA SEMPRE A DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Quando o paciente — ou o colega — usa “autoestima”, “autoconceito”, “identidade”, vale pedir que descreva **o que aquilo significa para ele, em termos concretos**. Sem isso, duas pessoas conversam sobre processos diferentes usando a mesma palavra.

Como o self se forma: espelho, nomeação, rótulo

O clássico da primatologia é o **teste do espelho** (Gallup, 1970), adaptado depois para crianças. O reconhecimento de si — o “senso de eu” — começa a ser inferido entre os **18 e os 24 meses**, quando cerca de três em cada quatro crianças tocam a marca no próprio rosto ao se ver refletidas.

O ponto que interessa à clínica: o senso de eu **não é inato**. Ele é adquirido na interação com o ambiente — sobretudo quando os cuidadores **sinalizam e nomeiam** a experiência da criança. Nomear a tristeza, nomear a raiva, dizer “você está com medo” é o que constrói o repertório de descrever o próprio estado interno.

A ausência desse repertório aparece no consultório anos depois, no adulto que **não consegue nomear o que sente**. Não é resistência: é uma habilidade que não foi ensinada.

Do sinal ao rótulo

A formação segue por mensagens repetidas — “o nenê gosta de bola” — que vão sendo internalizadas como “eu”. A sociocultura e os papéis de gênero entram exatamente aqui: “homenzinho”, “corajoso”, “o mano é muito inteligente”. São falas cuja **intenção costuma ser adaptativa** — os pais querem preparar a criança para o mundo —, e que mesmo assim podem virar regra desadaptativa na vida adulta: “eu tenho que ser forte”, “eu não posso demonstrar emoção”, “eu não posso errar”.

E há um segundo aprendizado, mais silencioso: **a relação que a pessoa tem consigo mesma é aprendida pela forma como os outros se relacionaram com ela**. Quem foi tratado com dureza tende a se tratar com dureza.

Vergonha, autocritica e a cultura do rótulo

Vergonha e culpa são **emoções autoconscientes**: exigem a noção de um “eu” para existir (Tracy & Robins, 2004; Tangney & Dearing, 2002). A vergonha tem função evolutiva — sinaliza inadequação num contexto social —, e a **autocrítica funciona como estratégia** para tentar corrigir o comportamento e reajustar-se ao grupo. Ou seja: ela serve para alguma coisa, e é por isso que persiste.

A cultura, por sua vez, opera fortemente por rótulos, porque o cérebro busca coerência e previsibilidade — uma economia cognitiva. Signos, tipos de personalidade, cultura do cancelamento: todos são formas de categorizar a si e aos outros para dar sentido ao comportamento.

A PERGUNTA QUE REORGANIZA A DISCUSSÃO

Se o rótulo oferece segurança, por que ele seria um problema? Porque **todo comportamento tem função**, e a função do rótulo é dar coerência e previsibilidade. O problema não é o rótulo — é quando ele fica **inflexível** e a pessoa se apega a ele como verdade absoluta. É por isso que até paciente medicado, melhorando, pode ter medo de “deixar de ser quem ele é”: o apego é ao conceito de si, não ao sofrimento.

Conteúdo, processo, contexto: as três perspectivas

O self na terapia cognitiva clássica

Em Beck (1976), o self deriva de **esquemas cognitivos** que funcionam como filtros de processamento: o autoconceito opera como esquema e constrói identidade, metas e valores. O ciclo é conhecido — o esquema “eu sou um fracasso” gera pensamentos automáticos, que geram esquiva (recusar o convite), que retroalimenta o esquema.

A reestruturação cognitiva trabalha esse material, e às vezes basta. Mas há dois pontos em que ela emperra:

- Ψ **O paciente que só vê o negativo.** Mesmo com evidências contrárias, ele se fixa no único ponto de melhoria do *feedback* do chefe, e o rótulo negativo volta. Pior: ele passa a **se criticar por estar “distorcendo”** a realidade — a técnica virou mais uma munição da autocritica.
- Ψ **Quando a crença não é distorção.** Em problemas de imagem corporal, por exemplo, a crença pode refletir um **dado de realidade social**, não um erro de processamento. Discutir evidência ali é discutir o assunto errado; o que importa é a *relação* do paciente com aquela crença.

Self conceitualizado

O *self* é maleável e varia com o contexto: a pessoa é diferente no trabalho, com os pais, numa festa. O problema é o **self como conceito** — a perspectiva colada a rótulos e regras. “Eu sou um profissional sério” pode custar a sensibilidade ao contexto e impedir comportamentos necessários, como socializar.

Self como processo

A alternativa imediata ao conceito é o **self como processo**: o eu que percebe a experiência no aqui e agora, sem se fundir ao conteúdo. Em vez de “eu sou raivoso”, “**eu estou sentindo raiva**”. Em vez de “eu sou incompetente”, “**eu estou tendo um pensamento de incompetência**”. A intervenção se faz por contato com o momento presente e desfusão.

Self como contexto

A perspectiva mais aprofundada é o **self como contexto** (Hayes, 1984; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), e a metáfora é a do céu: o céu é o *self*, o clima é a experiência. Chove, faz sol, passa nuvem — e o céu segue sendo o céu. O *self* é o receptáculo, a perspectiva estável onde a experiência ocorre; **ele não é aquilo que vivencia**.

Uma nota prática de onde isso começa na clínica: a primeira intervenção em rede costuma ser a **psicoeducação**, e ela deve incluir os aspectos socioculturais e como eles mantêm os processos de *self* e de motivação. Ao mostrar ao paciente que o eu dele é produto de uma história, e não apenas de regras que ele mesmo escolheu, o terapeuta **já está colocando o self como contexto** — antes mesmo de nomear a técnica.

Avaliar o self: instrumentos escassos, critério pragmático

A revisão da literatura mostra **poucos instrumentos validados para o português brasileiro** nesse domínio, o que empurra a avaliação para o terreno clínico e qualitativo.

Ψ **SEQ** (*Self Experiences Questionnaire*; Yu, McCracken & Norton, 2016) — construído sobre a conceituação de *self* em três facetas (conteúdo, processo, contexto) do modelo de flexibilidade psicológica. Sem validação para o português brasileiro; foi desenvolvido originalmente em amostras de dor crônica.

Ψ **Escala de Autocompaixão** (Neff, 2003).

Mesmo não adaptados, esses instrumentos servem **qualitativamente**: o terapeuta extrai deles perguntas para usar em sessão e para acompanhar o progresso — sem interpretar escore, sem tabela normativa.

As perguntas que importam

A estratégia clínica é investigar a **rigidez** do paciente em relação aos próprios conceitos: quanto ele está apegado e fusionado a um “eu sou” ou a um “eu sempre fui assim”. Duas perguntas úteis: essa

afirmação é verdadeira **em todos os momentos e contextos**? E em que situação específica ela aparece? (“Quando eu procrastino, eu me considero preguiçoso” diz muito mais do que “eu sou preguiçoso”).)

WORKABILITY É O CRITÉRIO

A análise funcional decide quais perspectivas, conceitos e processos são **mais úteis para aquele paciente**, naquele contexto, considerando para onde ele quer ir. E “para onde ele quer ir” é dele, não do terapeuta: sem compreender as metas e os valores do paciente, não há como avaliar se a relação que ele tem consigo mesmo o aproxima ou o afasta do que importa.

Intervir: desfusão, perspectiva e autocompaixão

O caminho para um *self* mais saudável passa por distinguir o **conteúdo experienciado** do **contexto que experiencia** — e por reconhecer que contextos diferentes pedem “eus” diferentes, o que é natural, não incoerência.

Descrever antes de flexibilizar

Para trabalhar o *self*, o paciente precisa primeiro conseguir **descrever com precisão** a própria experiência — e isso costuma começar treinando observação e descrição de objetos externos, antes de virar a atenção para dentro. A prática de *mindfulness* é exatamente isso: observar e descrever, permitindo perceber emoções e pensamentos sem se fundir a eles.

Metáforas e exercícios de perspectiva

- Ψ **O tabuleiro de xadrez** — o *self* não é uma peça (pensamento, emoção); é o **tabuleiro** onde as peças se enfrentam. A consciência observa a guerra sem ser parte dela.
- Ψ **Trocar “eu sou” por “penso que sou”** — uma mudança pequena de linguagem que abre espaço entre a pessoa e o rótulo.
- Ψ **Circunscrever o conceito ao contexto** — “quando eu procrastino, eu me considero preguiçoso”, em vez de “eu sou preguiçoso”.

Autoestima, não; autocompaixão

O conceito de autoestima é criticado: níveis altos aparecem correlacionados a traços narcísicos, e a busca por autoestima pode alimentar uma **positividade tóxica** (Baumeister et al., 2003; Neff & Vonk, 2009). A **autocompaixão** é a alternativa mais alinhada à perspectiva de *self* como contexto — atenção plena, humanidade compartilhada e autogentileza (Neff, 2003) —, porque permite olhar para o sofrimento com perspectiva, sem se fundir a ele.

TRÊS CUIDADOS CLÍNICOS

Respeite a função do conceito: o *self* conceitualizado pode oferecer um senso de segurança real, e abordagens agressivas contra ele tendem a ser contraproducentes. **O objetivo não é eliminar a autocrítica**, e sim conseguir notá-la e escolher um caminho mais útil — e a autocompaixão não pode virar nova regra rígida (“eu tenho que ser gentil comigo” é o mesmo problema com outra roupa). **O self do terapeuta entra na sala:** a forma como você se relaciona internamente reproduz posturas na sessão.

O contexto sociocultural, e as redes

Fazer psicoeducação sobre o vínculo entre cultura e desenvolvimento do *self* pode ser **libertador**: ajuda o paciente a ver que as regras culturais não são universais nem “corretas”. As redes sociais entram como caso contemporâneo — os posicionamentos digitais promovem conceitos artificiais de si e confundem a autorrepresentação com a totalidade da pessoa.

Uma consequência honesta disso: viver alinhado aos próprios valores muitas vezes exige **ser contracultural**, e isso gera sofrimento. O *self* como contexto é o que permite encarar esse sofrimento em nome de uma vida mais significativa — em vez de recuar para o rótulo que dá conforto.

Referências

1. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
2. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
3. Gallup, G. G. (1970). Chimpanzees: Self-recognition. *Science*, 167(3914), 86–87.
4. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
5. Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99–110.
6. Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Orgs.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic.
7. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
8. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed.). Guilford Press.
9. James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt.
10. Lewis, M., & Brooks-Gunn, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of self*. Plenum Press.
11. McHugh, L., & Stewart, I. (Orgs.). (2012). *The self and perspective taking*. Context Press.
12. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
13. Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50.
14. Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Hutchinson.

15. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
16. Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103–125.
17. Yu, L., McCracken, L. M., & Norton, S. (2016). The Self Experiences Questionnaire (SEQ): Preliminary analyses for a measure of self in people with chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 127–133.

NOTA DE MÉTODO

Os exemplos clínicos citados em aula foram desidentificados; as perguntas de participantes foram incorporadas ao texto sem identificação nominal. Corrigi artefatos de transcrição: *Gallop* → **Gallup** (autor do teste do espelho, 1970); *SEC* → **SEQ** (*Self Experiences Questionnaire*), instrumento construído sobre as três facetas conteúdo/processo/contexto descritas em aula. Acrescentei duas informações que a aula não trouxe e que mudam o uso do SEQ: ele foi desenvolvido em amostras de dor crônica, e sua estrutura em português ainda carece de validação. A expressão “fantasma na máquina” foi atribuída a Ryle (1949), sua origem. As referências de emoções autoconscientes, autoestima, autocompaixão e tomada de perspectiva foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas em aula sem citação explícita. Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Pedi ao paciente a definição operacional dos termos que ele usa (“autoestima”, “identidade”) antes de trabalhar com eles.

Investiguei a rigidez dos “eu sou” — se valem em todos os contextos, ou só em alguns.

Checei se o rótulo cumpre alguma função de segurança antes de tentar flexibilizá-lo.

Ajudei o paciente a trocar “eu sou” por “estou sentindo” ou “penso que sou”.

Fiz psicoeducação sobre o peso sociocultural na formação do self dele.

Avaliei a *workability* pelos valores do paciente — não pelos meus.

Observei se a autocompaixão está virando mais uma regra rígida.

Olhei para a minha própria autocrítica e para como ela aparece na sessão.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever.

1. Por que o self é considerado central na rede? Que relação ele tem com os outros domínios?

2. Explique, com um exemplo, como um rótulo dado na infância vira regra desadaptativa na vida adulta.

3. Diferencie self como conteúdo, como processo e como contexto usando uma fala de um paciente seu.

4. Em que situações a reestruturação cognitiva não dá conta da autocrítica? Por quê?

5. Qual a crítica ao conceito de autoestima, e o que a autocompaixão oferece no lugar?

6. Como você avaliaria a *workability* da relação que um paciente tem consigo mesmo?

7. Que aspecto da sua própria autocrítica você reconhece aparecendo na sua postura clínica?

Gabarito

Comentários para conferência — responda antes de consultar. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa; o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Por que o self é considerado central na rede? Que relação ele tem com os outros domínios?

COMENTÁRIO

Porque **todos os demais processos são experienciados a partir da perspectiva do self** — atenção, afeto, cognição e comportamento passam por ele. Daí o número alto de conexões na rede e o fato de que mexer nele sustenta mudança de longo prazo, vitalidade e qualidade de vida. Sem trabalho de self, o tratamento tende a se resumir a apagar incêndios.

2. Explique, com um exemplo, como um rótulo dado na infância vira regra desadaptativa na vida adulta.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta mostra a cadeia: uma mensagem repetida por cuidadores, cuja **intenção costuma ser adaptativa**, é internalizada como “eu”; na vida adulta ela reaparece como regra rígida (“eu tenho que ser forte”, “eu não posso errar”) aplicada a contextos onde não serve. Vale explicitar o custo atual — o que a regra impede a pessoa de fazer hoje.

3. Diferencie self como conteúdo, como processo e como contexto usando uma fala de um paciente seu.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta usa a mesma fala nas três leituras: **conteúdo** é a fusão com o rótulo (“eu sou ansioso”); **processo** é o contato com a experiência presente sem fusão (“estou sentindo ansiedade”); **contexto** é a perspectiva estável onde a experiência acontece — o céu, não o clima. E lembra que não é escada a subir: escolhe-se a perspectiva mais útil naquele contexto.

4. Em que situações a reestruturação cognitiva não dá conta da autocrítica? Por quê?

COMENTÁRIO

Em dois casos. Quando o paciente **só vê o negativo**: mesmo diante de evidência contrária ele se fixa no ponto de crítica, e passa a se criticar por “estar distorcendo” — a técnica vira munição da autocrítica. E quando a crença **não é distorção**: em imagem corporal, por exemplo, ela pode refletir um dado de realidade social; discutir evidência ali é discutir o assunto errado, e o alvo passa a ser a *relação* com a crença.

5. Qual a crítica ao conceito de autoestima, e o que a autocompaixão oferece no lugar?

COMENTÁRIO

A crítica é que níveis altos de autoestima aparecem correlacionados a traços narcísicos e que a busca por autoestima pode alimentar positividade tóxica — além de manter o valor pessoal condicionado a desempenho. A **autocompaixão** — atenção plena, humanidade compartilhada e autogentileza — oferece uma relação consigo que não depende de avaliação, e é mais compatível com a perspectiva de self como contexto.

6. Como você avaliaria a workability da relação que um paciente tem consigo mesmo?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte dos **valores e metas do paciente**, e não dos seus: pergunta se a relação que ele tem consigo o aproxima ou o afasta do que importa para ele, naquele contexto. Deve reconhecer que sem compreender para onde ele quer ir não há critério de utilidade — e que rótulos podem ser úteis num contexto e custosos em outro.

7. Que aspecto da sua própria autocrítica você reconhece aparecendo na sua postura clínica?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e a pergunta é deliberadamente pessoal. Uma boa resposta identifica um padrão concreto — pressa em corrigir, dificuldade de sustentar silêncio, cobrança de desempenho na sessão, autocrítica após atendimento difícil — e liga isso a uma postura observável em sessão. Vale nomear onde levar esse material: supervisão, terapia pessoal, ou as duas.