RBTCC
e-ISSN: 1982-3541
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Ensino da validação clínica: fundamentos conceituais e propostas didáticas na formação de psicoterapeutas

Teaching clinical validation: conceptual foundations and didactic proposals in psychotherapist training

Enseñanza de la validación clínica: fundamentos conceptuales y propuestas didácticas en la formación de psicoterapeutas

RESUMO: A validação constitui um componente clínico central na formação da aliança terapêutica e na promoção de mudanças ao longo do processo de terapia. Apesar de sua importância, sua aprendizagem formal costuma ser negligenciada. Este artigo propõe uma definição operacional de validação e uma sistematização didática baseada na taxonomia desenvolvida na Terapia Comportamental Dialética (DBT), abordando seus fundamentos conceituais, efeitos clínicos e aplicações práticas. São descritos os seis níveis de validação, exemplos clínicos para cada nível e estratégias para evitar erros comuns. Além disso, são apresentados roteiros estruturados de treino, exercícios progressivos e *checklists* de avaliação e autoavaliação para apoiar o ensino e a supervisão clínica. A proposta visa fortalecer a validação como uma habilidade treinável, observável e analisável em contexto clínico, favorecendo a formação de psicólogos mais competentes na construção de intervenções responsivas e empiricamente sustentadas.

Palavras-chave: Validação; Habilidades terapêuticas; Formação de psicoterapeutas; Terapia Comportamental Dialética.

ABSTRACT: Validation is recognized as a fundamental clinical component for building the therapeutic alliance and facilitating change in psychotherapy. Despite its importance, formal instruction on validation is often overlooked in training programs. This article proposes an operational definition of validation and presents a didactic systematization based on the taxonomy developed in Dialectical Behavior Therapy (DBT). It explores the conceptual foundations, clinical effects, and practical applications of validation. The six levels of validation are described, along with clinical examples for each and strategies to avoid common errors. In addition, the article offers structured training guidelines, progressive exercises, and checklists for clinical evaluation and self-assessment. The proposal aims to strengthen validation as a trainable, observable, and assessable skill within clinical contexts, supporting the development of psychologists who are more competent in delivering responsive and empirically grounded interventions.

Keywords: Validation; Therapeutic skills; Psychotherapist training; Dialectical Behavior Therapy.

Pedro Augusto dos Anjos Cabral [1]
Carla Jordão Suarez [2]

[1,2] Clínica particular

Correspondente
* pedroaacabral@gmail.com

Dados do Artigo
DOI: 10.31505/rbtcc.v27i1.2125
Recebido: 05 de Junho de 2025
1º Decisão: 18 de Novembro de 2025
Aprovado: 18 de Novembro de 2025
Publicado: 12 de Dezembro de 2025
Editor-Chefe: Dr. Fábio Henrique Baia
Editor Adjunto: Pedro Felipe dos Reis Soares
Estagiário: Miguel Correia da Silva e Bruna Navratilova

Declaração: Os autores PAAC e CJS declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Como citar este documento
Cabral, P. A. A. & Suarez, C. J. (2025). Ensino da validação clínica: fundamentos conceituais e propostas didáticas na formação de psicoterapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,* 27, 169-188. https://doi:10.31505/rbtcc.v27i1.2125

CC BY OPEN ACCESS
É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

RESUMEN: La validación se reconoce como un componente clínico fundamental para la construcción de la alianza terapéutica y la facilitación de cambios en psicoterapia. No obstante, su enseñanza formal suele recibir escasa atención en los programas de formación. Este artículo propone una definición operacional de la validación y una sistematización didáctica basada en la taxonomía desarrollada en la Terapia Conductual Dialéctica (DBT). Se abordan sus fundamentos conceptuales, efectos clínicos y aplicaciones prácticas. Se describen los seis niveles de validación, con ejemplos clínicos para cada uno, además de estrategias para prevenir errores comunes. Asimismo, se presentan guías estructuradas de entrenamiento, ejercicios progresivos y listas de verificación para la evaluación y autoevaluación clínica. La propuesta tiene como objetivo fortalecer la validación como una habilidad entrenable, observable y evaluable en contexto clínico, contribuyendo a la formación de psicólogos más competentes en la implementación de intervenciones responsivas y empíricamente fundamentadas.

Palabras clave: Validación; Habilidades terapéuticas; Formación de psicoterapeutas; Terapia Dialéctica Conductual.

A formação em Psicologia no Brasil tem sido estruturada sobre bases historicamente tensionadas, tanto do ponto de vista político quanto epistemológico, o que impacta diretamente a capacidade de seus egressos em atender às demandas contemporâneas da profissão. Desde a regulamentação da área pela Lei 4.119/62, os cursos foram concebidos a partir de uma matriz curricular fragmentada, pouco articulada com a realidade social e com as exigências técnicas da atuação profissional. Apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) defenderem uma formação crítica, plural e generalista, observa-se um predomínio de projetos pedagógicos centrados em disciplinas isoladas e abordagens clássicas (Seixas, 2014; Bado et al., 2025). Em revisão recente das matrizes curriculares brasileiras, Bado et al. (2025) constataram que apenas 21% das instituições ofertam todas as principais abordagens, com sub-representação de TCC (57%) e Análise do Comportamento (49%) frente à Psicanálise (94%) e à Psicologia Humanista/Existencial/Fenomenológica (85%). Notoriamente, é possível afirmar que, ainda hoje, os cursos de graduação continuam priorizando disputas teóricas e conteúdo de natureza especulativa. Com isso, o currículo frequentemente transita entre abstrações filosóficas e formulações éticas, sem oferecer aos alunos os meios práticos para manejar situações profissionais reais (Ferrarini & Camargo, 2014; Santos et al., 2009; Schwarz et al., 2021).

Esse cenário torna-se especialmente evidente na formação clínica, particularmente em relação à qualificação para a condução de atendimentos. A capacitação para o exercício clínico tem sido amplamente criticada, especialmente em razão da fragilidade técnica com que muitos estudantes chegam ao estágio supervisionado, etapa que deveria articular teoria e prática de forma estruturada. Estudos qualitativos apontam que a experiência clínica é frequentemente marcada por sentimento de insegurança, ansiedade e despreparo (Bobato et al., 2016; Borges et al., 2019; Santos & Nóbrega, 2017). Embora compreendam teoricamente as funções do psicoterapeuta, muitos estudantes têm dificuldade em transformá-las em ações profissionais. Tal panorama reforça a necessidade de conceber a formação clínica como um eixo transversal, com práticas supervisionadas progressivas e treino de habilidades específicas desde os estágios iniciais da formação (Sei & Franco, 2017). Habilidades como validação, estabelecimento de objetivos e manejo de rupturas são relevantes não apenas para a clínica, mas também para outras áreas da Psicologia. Além disso, a literatura sobre eficácia psicoterapêutica sustenta que essas competências representam fatores comuns centrais para bons desfechos clínicos, independentemente do referencial teórico adotado

(Norcross & Wampold, 2019).

A validação como técnica profissional vai além da empatia como sentimento: constitui uma habilidade interpessoal que aumenta decisivamente a probabilidade de fortalecer o vínculo com o cliente, estimular o engajamento e reduzir comportamentos desadaptativos (Koerner, 2012; Linehan,1993). Reconhecida como um dos principais fatores comuns de eficácia em psicoterapia, a validação está presente em diversas abordagens clínicas, sob diferentes nomes e formatos. Pode ser identificada, por exemplo, na escuta empática e na aceitação incondicional propostas pela abordagem rogeriana, na escuta ativa das abordagens psicodinâmicas e nas intervenções sintonizadas com o *self*, características da psicologia do self (Rogers, 1961; Kohut, 1971; Stolorow et al., 2002). Ainda que nem sempre formalizada como conceito técnico, a prática de acolher e legitimar a experiência emocional do cliente é amplamente utilizada para promover autocompreensão e aceitação (Danzer & Ferber, 2014).

A despeito de sua relevância empírica e conceitual, a validação é raramente ensinada de forma explícita na formação em Psicologia. Na ausência de um treino estruturado, psicoterapeutas iniciantes tendem a substituí-la por estratégias pouco eficazes ou estruturadas, como oferecer conselhos, corrigir pensamentos ou fazer elogios com a intenção de aliviar o sofrimento, que, embora bem-intencionadas, frequentemente soam artificiais ou mesmo invalidantes (Thériault & Gazzola, 2010). Muitos estudantes aprendem a escutar e a acolher de maneira difusa, mas não desenvolvem critérios claros para discriminar o que, quando e como validar, nem quais efeitos terapêuticos esperar dessa intervenção. Reconhecer a validação como repertório clínico estruturante e passível de ensino sistemático é, portanto, um passo necessário para qualificar a formação e preparar profissionais mais sensíveis, eficazes e eticamente comprometidos. A validação é uma habilidade de interação que pode, e deve, ser ensinada, treinada e supervisionada com os mesmos critérios rigorosos aplicados a outras habilidades clínicas como, por exemplo, repertórios conceituais, formulação de caso, intervenções estruturadas, preencher e atualizar prontuários, entre outros.

Este artigo busca justamente suprir essa lacuna, oferecendo uma abordagem prática e fundamentada para o ensino e aplicação da validação como habilidade clínica transversal, independente da abordagem teórico-metodológica adotada. O objetivo é apresentar, de forma didática e aplicada, o conceito e o uso clínico da validação como uma intervenção clínica central, com maior ênfase na taxonomia proposta pela Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan nos anos 1990, e em sua aplicação nas psicoterapias contemporâneas. Para isso, o texto propõe: (a) uma definição operacional de validação; (b) distinção entre validação, não-validação e invalidação; (c) apresentação dos seis níveis de validação descritos por Linehan (1993), Koerner (2012) e Fruzzetti e Ruork (2018); (d) descrição de erros comuns cometidos no exercício psicoterapêutico; e (e) estratégias de ensino e supervisão da validação voltadas à prática clínica. A proposta não busca substituir a formação teórica, mas oferecer um recurso complementar que responda a uma lacuna recorrente: a ausência de treino sistemático em habilidades terapêuticas imprescindíveis à formação do psicólogo.

Definição de validação

Na Terapia Comportamental Dialética (DBT), o termo *validação* foi sistematizado como uma habilidade clínica essencial, aplicada estrategicamente para promover regulação emocional, fortalecer o vínculo terapêutico e, de forma geral, favorecer o engajamento no processo de aceitação e mudança. Entretanto, o uso do termo na literatura de DBT e das terapias contextuais costuma variar ligeiramente em definição, extensão e função clínica, o que pode dificultar seu ensino e sua aplicação prática. Neste artigo, propõe-se uma definição que integra tanto os aspectos verbais quanto os não verbais da validação, articulando sua

função sobre o comportamento do cliente à observação direta de comportamentos do psicoterapeuta. Nessa perspectiva, *validar corresponde a um conjunto de comportamentos observáveis do psicoterapeuta que, diante de comportamentos narrados ou emitidos pelo cliente em sessão, sinalizam atenção, compreensão e aceitação, com ou sem o uso de palavras.* Por "comportamentos narrados ou emitidos pelo cliente em sessão" entende-se que estão incluídas quaisquer experiências dele: emoções, desejos, pensamentos ou ações observáveis. Assim, qualquer experiência do cliente pode ser objeto (estímulo) para o validar do psicoterapeuta, em qualquer contexto de interação e independente da fase do processo terapêutico.

A definição proposta permite incluir diferentes formas de atuação do profissional, da escuta silenciosa ao fornecimento de interpretações empáticas, ampliando o conceito de validação para além da comunicação verbal explícita, como comumente descrita na literatura da DBT. O aspecto central não está na topografia da resposta, mas em sua função clínica: favorecer uma relação em que o cliente se sinta reconhecido, compreendido e aceito. Ainda que sejam relevantes definições mais moleculares ou objetivas do que significa o cliente sentir-se reconhecido, compreendido e aceito, este artigo não se deterá nessas questões, por razões de economia conceitual e de foco no processo de ensino das técnicas de validação. Não obstante, entende-se que a definição aqui proposta representa um avanço imprescindível para a formulação operacional da validação, por incluir aspectos funcionais e não apenas morfológicos/topográficos.

Invalidação e não-validação

Compreender o conceito de validação exige, igualmente, diferenciá-lo de respostas que não desempenham essa função ou que a contradizem, como é o caso da invalidação e da não-validação. A invalidação consiste em comunicações, diretas ou indiretas, que transmitem ao cliente a mensagem de que sua experiência é incorreta, exagerada, inadequada ou irrelevante. Pode ocorrer por meio de críticas, correções, conselhos, distrações ou comparações, e muitas vezes decorre de tentativas bem-intencionadas de consolo ou incentivo. Apesar disso, os efeitos são semelhantes aos de respostas abertamente críticas: desregulação emocional, retraimento, omissão de experiências e intensificação da autocrítica. Em casos de clientes com histórico marcante de invalidação, essas respostas podem reativar esquemas ligados à vergonha, abandono ou desamparo, dificultando o processo terapêutico (Linehan, 1993). Exemplos de invalidação: "isso não é nada"; "poderia ter sido pior", "não precisa se sentir desse jeito", entre muitos outros. Embora não seja o foco deste artigo, ressalta-se que invalidações pontuais podem ter função clínica, desde que inseridas em uma relação previamente validante e aplicadas de forma estruturada e intencional (Koerner, 2012).

Não-validações referem-se a comportamentos do psicoterapeuta que não exercem função validante nem invalidante. Em geral, são respostas neutras do ponto de vista relacional ou que simplesmente não se enquadram nos critérios de validação ou invalidação. Exemplos incluem saudações iniciais, explicações técnicas desvinculadas do conteúdo emocional do cliente, agendamento ou conversas informais antes ou após a sessão. Embora esses comportamentos não prejudiquem diretamente a relação terapêutica, também não contribuem para o aprofundamento da aliança.

Quando parece validação, mas não é

Nem toda resposta aparentemente acolhedora é validante. Frases com tom otimista ou elogioso, como "você é forte, vai conseguir superar isso"; expressões genéricas ou provérbios ("isso vai passar", "tudo tem um porquê"); e comparações com histórias de superação alheias ("conheço uma pessoa que também passou por isso e está bem hoje"), embora possam parecer inicialmente reconfortantes ou motivadoras, em geral encerram prematuramente a investigação emocional e podem ser percebidas

pelo cliente como minimização do seu sofrimento. Outro equívoco comum é confundir elogios ou concordâncias com validação. Frases como "você agiu muito bem ao ter enfrentado seu chefe" ou "você foi muito maduro", podem funcionar como incentivos, mas, ao expressarem julgamento positivo, introduzem um problema adicional: o cliente pode concluir que, ao agir de forma diferente no futuro, será julgado negativamente, mesmo que o psicoterapeuta não expresse isso de forma explícita. Isso pode ser especialmente problemático para clientes com histórico de invalidação, perfeccionismo ou que tenham dificuldade em expressar vulnerabilidade (Gilbert & Procter, 2006).

Diferentemente dessas respostas, a validação não visa classificar nem direcionar a experiência emocional, e sim reconhecer a vivência como legítima, criando um espaço onde mesmo reações confusas, ambivalentes ou ineficazes podem ser acolhidas sem julgamento (Bedics, et al., 2013; Gilbert & Procter, 2006).

Efeitos clínicos da validação: objetivos e evidências

Embora comumente associada a um comportamento acolhedor, a validação tem função clínica que vai além do suporte emocional. Quando aplicada de forma precisa, atua como uma intervenção terapêutica com múltiplos efeitos, respaldados por uma ampla base conceitual e empírica. A seguir, são descritos seus principais impactos clínicos.

Regulação emocional e diminuição da reatividade: A validação contribui significativamente para a redução da reatividade fisiológica associada a emoções intensas. Estudos indicam que a validação frequentemente ativa o sistema nervoso parassimpático, reduzindo a disposição para respostas de luta ou fuga, promovendo redução da frequência cardíaca e respiratória, além da pressão arterial (Eisenberger & Lieberman, 2004; Linton et al., 2012; Shenk & Fruzzetti, 2011).

Fortalecimento da aliança terapêutica: A validação fortalece a aliança ao transmitir presença, compreensão e aceitação por parte do psicoterapeuta, atenuando o medo de julgamento e favorecendo a abertura do cliente à exploração de conteúdos difíceis/aversivos. A literatura aponta a aliança terapêutica como um dos principais preditores de eficácia clínica (Norcross & Wampold, 2019), sendo a validação uma das estratégias mais eficazes para promovê-la (Danzer & Ferber, 2014; Carson-Wong et al., 2018).

Aumento da autocompreensão e nomeação emocional: Ao devolver descrições precisas, empáticas e contextualizadas da experiência do cliente, o psicoterapeuta facilita o desenvolvimento de repertórios de nomeação e compreensão emocional. Isso amplia a capacidade de discriminar emoções e identificar contextos atuais ou históricos que mantêm seus padrões - o que favorece a capacidade de lidar, compreender e regular emoções intensas, ambíguas ou contraditórias, de forma funcional (Koerner, 2012; Linehan, 1993).

Promoção da aceitação e diminuição da autocrítica: Ao legitimar experiências privadas, mesmo aquelas consideradas indesejáveis, a validação modela uma postura de aceitação e reduz o conflito com pensamentos ou emoções desconfortáveis. Isso é particularmente relevante em clientes que apresentam quadros de vergonha, autodepreciação e evitação experiencial. Além disso, validações externas funcionam como modelo para autovalidações, promovendo maior desenvolvimento de flexibilidade psicológica (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011; Fruzzetti & Iverson, 2004).

Preparação para intervenções de mudança: A validação não substitui intervenções de mudança, mas as potencializa ao reduzir resistência, aumentar confiança e promover aceitação. Em um contexto terapêutico validante, estratégias mais guiadas como reestruturação ou desfusão cognitiva, *mindfulness*, técnicas de dessensibilização e treino de habilidades interpessoais tornam-se mais eficazes. Na DBT, essa lógica é central: intervenções diretivas são sustentadas por uma postura validante contínua ao

longo do processo (Fruzzetti & Ruork, 2018).

Taxonomia dos tipos de validação: os seis níveis (ou técnicas)

Na Terapia Comportamental Dialética (DBT), a validação foi sistematizada como uma habilidade clínica composta por comportamentos observáveis, descritíveis e treináveis. Linehan (1993), Koerner (2012) e Fruzzetti & Ruork (2018) propuseram uma taxonomia em seis níveis progressivos, que vão desde gestos simples, como manter contato visual, até interpretações complexas sobre a coerência da resposta emocional do cliente diante de sua história ou contexto atual. Essa classificação não deve ser interpretada como uma hierarquia rígida. Isto significa que os níveis, descritos a seguir, são ferramentas flexíveis, que podem ser combinadas ou utilizadas isoladamente, conforme a função da intervenção e a expressividade do cliente (Koerner, 2012).

Diferentemente de abordagens que tratam empatia ou escuta ativa de maneira difusa, a taxonomia proposta pela DBT fornece condições para o ensino estruturado da validação como uma habilidade clínica mensurável, passível de análise e aprimoramento em supervisão. Os tópicos seguintes apresentam os seis níveis de validação com definições, exemplos clínicos e funções terapêuticas, acompanhados de checklists e instrumentos de autoavaliação que auxiliam no desenvolvimento sistemático dessa habilidade.

Nível 1 – Atenção Responsiva: O primeiro nível de validação corresponde a um componente indispensável a qualquer interação terapêutica: a atenção. Esse nível de validação consiste em oferecer presença plena e responsiva ao cliente, por meio de comportamentos não verbais e verbais simples que confirmam atenção genuína. Trata-se de demonstrar engajamento real com o que o cliente está vivenciando naquele momento. A ausência dessa escuta ativa pode comprometer o vínculo terapêutico, inibir a expressão verbal e gerar desregulação emocional.

Validação nesse nível inclui: Manter contato visual estável aos olhos e aos gestos; posicionar o corpo voltado ao cliente, sobretudo o rosto, tórax e pés que estão apoiados ao chão; assentir levemente com a cabeça em momentos-chave da fala; utilizar interjeições breves e naturais ("uhum", "sim", "entendo"); demonstrar expressões faciais sintonizadas ao conteúdo da fala (preocupação, acolhimento, surpresa contida, curiosidade etc.); e fazer perguntas coerentes com os interesses atuais do cliente (o psicoterapeuta deve ter cuidado em dirigir perguntas que sejam controladas exclusivamente pelo seu planejamento ou pela sua agenda de avaliação/intervenção). A função desse nível é garantir que o cliente se sinta visto e ouvido em tempo real.

Exemplo clínico[1]*:* Cliente conta como foi o término do seu relacionamento amoroso.

Cliente: “Foi muito difícil vê-lo arrumar suas roupas, pertences e sair de casa. Da casa que vivemos juntos por 27 anos. Eu me senti sem chão, sem vida, sozinha”. Cliente começa a chorar, abaixa a cabeça e coloca as mãos sobre o rosto. Psicoterapeuta inclina levemente o corpo para frente, suaviza a expressão facial, mantém o olhar na cliente e permite que o silêncio aconteça, sustentando a cena com presença estável. Cliente volta a olhar para o psicoterapeuta, inspira profundamente e diz: “Foi assim que me senti quando ele se foi”. Psicoterapeuta pergunta, de forma pausada e com tom de voz mais baixo que o habitual: "E como tem sido nesses últimos dias, desde que ele foi embora?”

O que não fazer: Interromper o cliente para oferecer consolo imediato,, manter neutralidade facial ou postural durante relatos significativos e introduzir perguntas com o intuito de afastar o cliente da emoção ou que desviem do conteúdo compartilhado. Tais comportamentos comprometem a função validante da atenção responsiva e podem enfraquecer a aliança

[1] Todos os exemplos clínicos descritos neste artigo são fictícios e foram elaborados com o propósito exclusivamente didático de ilustrar os níveis de validação discutidos.

terapêutica.

Erros comuns: Subestimar o impacto de uma escuta silenciosa e responsiva; preencher o silêncio para esquivar-se de desconfortos pessoais; interpretar que não "está fazendo nada" ao apenas escutar com atenção; confundir atenção com passividade ou neutralidade; fazer perguntas sem focar na experiência emocional do cliente.

Nível 2 – Reflexão precisa e parafraseamento: O segundo nível consiste em devolver verbalmente ao cliente, de forma respeitosa e sem julgamentos, aquilo que foi expresso por meio de repetições, resumos ou paráfrases. Mais do que sinalizar escuta ativa, a reformulação clara da experiência ajuda o cliente a se sentir compreendido, favorece a organização emocional e fortalece a confiança na relação terapêutica. Validações de Nível 2 também permitem que o cliente identifique a importância do que verbalizou ou corrija interpretações, o que contribui para um vínculo mais colaborativo.

Validação nesse nível inclui: Parafrasear o conteúdo emocional ou cognitivo sem distorção; repetir palavras ou expressões específicas utilizadas pelo próprio cliente que pareçam carregar maior carga emocional ou relevância subjetiva, demonstrando atenção ao conteúdo de maior relevância daquele momento; utilizar frases na forma afirmativa (e não na interrogativa, como ocorre no Nível 1). Perguntas podem ser realizadas apenas com a função de checagem, permitindo que o cliente confirme, corrija ou complemente.

Exemplo clínico: Cliente descreve como tem sido sua vida após o término do casamento: “Eu ainda acordo pensando no que vamos fazer aos finais de semana. Quando alguém me chama para sair, a primeira coisa que me vem à cabeça é se ele quer ir também. Até que percebo que a decisão é só minha. Isso acontece com tudo. Quando preciso decidir o que vou jantar, quando vou colocar os pratos à mesa ou vou colocar roupa para lavar, sempre procuro pelo cesto de roupa dele”. Psicoterapeuta: “Você continua fazendo várias coisas como se ele ainda estivesse na casa com você”. Cliente: “Isso. Exatamente isso. Agora eu me sinto vazia. Faço tudo que preciso sem pensar muito, permaneço trabalhando, mas parece que estou sem vida”. Psicoterapeuta: “É como se você estivesse vivendo no automático, mas com tudo fora do lugar”. Cliente: “Isso. No automático mesmo”.

O que não fazer: Repetir mecanicamente as últimas palavras do cliente; devolver o conteúdo com outra conotação emocional para encorajar o cliente a lidar de forma diferente com a situação (ex.: o cliente expressa tristeza e o psicólogo responde como se fosse irritação) e fornecer adições interpretativas ao que foi falado, conselhos ou julgamentos.

Erros comuns: Fornecer devolutivas longas ou confusas que sobrecarregam a fala do cliente; inserir julgamentos ou interpretações sutis ("então você se sentiu mal porque exagerou..."); minimizar a experiência ao reformular com suavidade excessiva ("isso te incomodou um pouquinho, né?"); distorcer o conteúdo expresso pelo cliente; dizer “entendo” ou “compreendo” isoladamente (o que pode ser validação de Nível 1, mas não de Nível 2, uma vez que não descreve o que foi compreendido).

Nível 3 – Articulação do não verbalizado: Este nível envolve uma intervenção mais inferencial, na qual o psicoterapeuta vai além do que foi explicitamente verbalizado, oferecendo nomeações ou descrições de estados internos, emoções e padrões ainda não articulados pelo cliente. A proposta descrever a experiência real ou percebida pelo cliente, mas ainda não foi dita literalmente. A intervenção deve se basear em dados observáveis, como entonação, expressões faciais, postura e organização da fala, bem como em conhecimento derivado da literatura sobre padrões de funcionamento do cliente. A função é ampliar a consciência do cliente sobre sua própria experiência, de forma cuidadosa e não invasiva. Quando bem utilizada, validações de Nível 3 podem gerar alívio, surpresa e sensação de ser profundamente compreendido, fortalecendo a credibilidade e a aliança terapêutica.

Validação nesse nível inclui: Nomear uma

experiência que o cliente não verbalizou, mas que parece presente; inferir um conflito ou ambivalência implícita na narrativa; sugerir função para suas emoções, pensamentos ou ações públicas; acompanhar com atenção cuidadosa o impacto dessa devolutiva no cliente – quando o risco for maior, utilizar entonação cautelosa ou exploratória ("parece que..." "talvez seja correto afirmar que...") para preservar a autonomia do cliente na correção ou confirmação; utilizar metáforas que aumentem a compreensão do cliente sobre seu comportamento.

Exemplo clínico: Cliente relata com tom neutro como foi encontrar o ex-marido em um restaurante: "Ele passou reto por mim e fingiu que eu não estava lá. Tudo bem, eu também não ligo mais". Psicoterapeuta observa a tensão no maxilar, o punho contraído, olhos marejados e devolve: "Ao mesmo tempo em que você diz que não liga, parece que isso mexeu com você. É difícil ser ignorada assim". Cliente: "É... fácil não é... sinto que melhorei, mas não sei o que fazer para me livrar dessa sensação pra sempre". Psicoterapeuta: "Você se sentiu muito rejeitada, e vê-lo parece reativar essa sensação em você". Cliente olha para baixo e diz: "É isso mesmo. Queria sumir com isso dentro de mim de uma vez por todas. Ele não merece".

O que não fazer: Inferências baseadas em teorias ou suposições genéricas, sem ancoragem na sessão; forçar inferências quando o cliente não está receptivo ou disponível, mesmo que elas sejam corretas; interpretar de forma excessiva ("isso é porque você quer o amor da sua mãe"), impondo significados ao cliente; atribuir e defender significados ocultos como se fossem fatos estabelecidos, não permitindo que o cliente os conteste ou corrija.

Erros comuns: Supor em excesso e escutar pouco; usar esse nível de forma precoce, sem aliança ou conhecimento suficiente; ignorar sinais de desconforto ou retraimento após a intervenção; equivocar-se na inferência. Neste caso, se o próprio cliente corrigir ou afastar a hipótese, o psicólogo deve validar a correção – e, se for o caso, reelaborar sua asserção.

Nível 4 – Validação via história causal: Neste nível, o psicoterapeuta relaciona emoções, pensamentos ou ações públicas do cliente a eventos significativos de sua história de vida ou a aspectos biológicos relevantes. A função clínica é mostrar e desenvolver aceitação por meio de uma explicação coerente e contextualizada do comportamento que é objeto da validação, sem dar razão ou incentivar o comportamento, mas reconhecendo que ele faz sentido à luz da trajetória do cliente. Essa forma de validação tende a reduzir a autocrítica e a sensação de inadequação. Ao entender suas respostas como consistentes com sua história de aprendizagem, o cliente passa a se ver de forma mais compassiva e integrada.

Validação nesse nível inclui: Apresentar uma fala em que se conecta (I) expressões médias (que não indicam julgamento ou concordância), como "faz sentido", "é compreensível", "tem lógica", "é coerente", "é natural" etc.; (II) a experiência atual do cliente (quer dizer, suas emoções, cognições, desejos ou ações); e (III) eventos da sua história de vida ou aspectos biológicos que explicam sua experiência atual – não necessariamente nesta ordem.

Exemplo clínico: Cliente conta como está sendo se relacionar com uma nova pessoa após anos do término do casamento: "Eu me sinto uma idiota por ter desconfiado que ele estivesse me enganando e mentindo para mim só porque ele se atrasou". Psicoterapeuta: "Faz sentido que esse atraso tenha impactado você, considerando os motivos que levaram ao término do seu casamento. Para você, ser deixada esperando significava novamente um possível abandono. É como se aquele atraso tocasse diretamente nessa ferida." Cliente: "Sim... verdade. E eu não posso mudar meu passado, né?"

O que não fazer: Utilizar expressões médias, como "faz sentido" ou "é compreensível", sem qualquer referência ao histórico do cliente (essa intervenção corresponderia a, no máximo, Nível 1, uma vez que desta maneira tende apenas a sinalizar atenção); oferecer explicações genéricas, vagas ou baseadas em estereótipos; reduzir o sofrimento atual

à história passada sem reconhecer sua complexidade; inventar um histórico que não existe; referir-se repetidamente a uma história não especificada ("você é assim por conta do seu passado/infância") sem descrever os fatos específicos em si.

Erros comuns: Supor um conhecimento excessivo da história do cliente sem dados concretos sobre ela; usar a história do cliente como justificativa moral; articular as frases como se fossem concordância ao invés de validação.

Nível 5 – Validação via contexto presente: Neste nível, o psicoterapeuta mostra compreensão e aceitação ao comunicar a coerência do comportamento do cliente a partir dos elementos do ambiente atual ou da situação imediata. Neste nível, a validação é ancorada nas variáveis externas presentes no momento em que o comportamento validado ocorreu. Essa abordagem ajuda o cliente a entender que sua reação não é sinal de falha pessoal, mas uma resposta plausível às condições do ambiente, o que pode reduzir sentimento de culpa e favorecer uma postura mais compassiva consigo mesmo, legitimando a vivência sem rotulá-la como algo errado.

Validação nesse nível inclui: Apresentar uma fala em que se conecta (I) expressões médias (que não indicam julgamento ou concordância), como "faz sentido", "é compreensível", "tem lógica", "é coerente", "é natural" etc.; (II) a experiência atual do cliente (emoções, cognições, desejos ou ações); e (III) fatos referentes aos contextos que atualmente que interagem com a experiência validada – não necessariamente nesta ordem.

Exemplo clínico: Cliente conta como está sendo se relacionar com uma nova pessoa após anos do término do casamento: "Eu tinha acabado de chegar de viagem, peguei trânsito até minha casa e já estava há uns 30 minutos discutindo com ele por ligação. Não sei o que me deu, mas pedi pra que ele não viesse pra minha casa. Fiquei chorando até adormecer e quando acordei, consegui conversar sobre o aconteceu. Ele foi em casa e nos acertamos". Psicoterapeuta: "Você havia acabado de chegar de uma viagem de trabalho cansativa, na qual teve que lidar com várias situações de estresse. Querer ficar sozinha naquele momento é compreensível considerando isso tudo e a sua disponibilidade emocional daquele momento para lidar com uma discussão". Cliente: "Sim. Eu estava exausta. Acho que não sabia como dizer a ele que preferia descansar sozinha".

O que não fazer: Validar com base em generalizações ("qualquer um faria isso") sem descrever a situação concreta; usar o contexto atual do cliente como justificativa moral; confundir esse nível com manifestar concordância ao invés de validação.

Erros comuns: Reduzir o sofrimento atual à situação sem reconhecer sua complexidade; inventar uma situação atual que não existe; e referir-se repetidamente a um contexto generalista sem descrever objetivamente os fatos, como "você está passando por uma situação difícil", ao invés de aludir diretamente qual é esta situação.

Nível 6 – Genuinidade radical: Neste nível, a validação ocorre por meio de uma resposta autêntica e sensível do psicoterapeuta, que se expressa como ser humano, sem perder o enquadre clínico. A postura validante emerge do uso legítimo da própria vivência emocional, vocabulário espontâneo e expressão genuína diante da experiência do cliente. Essa forma de interação transmite uma camada adicional de sensibilidade e reduz distâncias hierárquicas, fortalecendo uma relação terapêutica segura e recíproca. Importante registrar que toda validação de Nível 6 é também algum outro nível de validação: a diferença está no grau de envolvimento pessoal e autenticidade com que a intervenção é realizada.

Validação nesse nível inclui: Mostrar, por meio do tom de voz, expressões faciais e posturais, que o psicólogo está emocionalmente sensível à experiência do cliente, e não apenas analisando-a ou explicando-a; utilizar expressões como "isso me comove", "sinto muito que esteja passando por isso" e outras que sinalizam a experiência privada do

terapeuta desde que validantes, ditas com autenticidade e de forma contextualizada em sessão; uso de humor, desde que autêntico e validante.

Exemplo clínico: Cliente após sair do hospital e ter de lidar com a necessidade de apoio familiar: "Às vezes penso que o mundo estaria melhor sem mim. Eu só atrapalho a vida das pessoas." Psicoterapeuta (com voz embargada e olhos marejados, após breve silêncio): "É muito duro ouvir isso de você. Eu não consigo te escutar falando assim e continuar neutro. Consigo entender que sua cabeça te diga isso se você costuma ser referida como uma matriarca resolutiva e independente. É você que costuma cuidar dos outros, não o contrário. Mas realmente fico muito tocado".

O que não fazer: Usar a própria emoção como foco da sessão; falar sobre si mesmo em detalhes ("isso também aconteceu comigo...", "eu entendo porque quando meu pai..."), desviando o foco do cliente; dar opiniões pessoais; usar a emoção como técnica performática para parecer empático; romper o foco terapêutico da sessão em nome da autenticidade.

Erros comuns: Expor emoções sem avaliar seu impacto no cliente; expressar autenticidade como forma de buscar conexão emocional sem avaliar se há vínculo terapêutico suficiente; compartilhar toda e qualquer emoção sentida; confundir genuinidade com informalidade excessiva ou autorrevelação indevida.

O que validar?

A validação não implica aceitar indiscriminadamente tudo o que o cliente expressa. Segundo Koerner (2012), diferentes aspectos da experiência do cliente podem e devem ser validados com base em critérios clínicos:

Emoções primárias e dor emocional: São respostas frequentemente involuntárias e, por isso, merecem ser reconhecidas como legítimas dentro do contexto vivido. Validar a dor contribui para regulação emocional, redução da vergonha e da autocrítica, fortalecendo a aliança terapêutica e preparando para outras intervenções.

A relevância do problema e a dificuldade de lidar com ele: O significado atribuído pelo cliente às suas queixas deve ser reconhecido, independentemente de parecerem insignificantes a outros. Validar essa dificuldade previne interpretações reducionistas e disposicionais como fraqueza, falta de esforço ou incompetência.

A sensação de descontrole ou incapacidade: A percepção de perda de controle em situações de intenso sofrimento é legítima e deve ser acolhida como tal.

A função de comportamentos, emoções e pensamentos: Mesmo que as estratégias utilizadas sejam disfuncionais no médio/longo prazo, a função dos comportamentos observáveis ou não, como busca por segurança, aceitação, pertencimento e/ou alívio, são compreensíveis e passíveis de validação em níveis mais elevados.

O núcleo de verdade em crenças e pensamentos: Identificar e validar elementos plausíveis nas interpretações do cliente ajuda na construção de novos significados/cognições sem recorrer à confrontação direta.

O que não validar?

Determinados relatos de pensamento e comportamentos não devem correr risco de serem endossados. Nessas situações, a conduta clínica implica em validar a emoção, a necessidade e a função do comportamento (não a topografia), seja ele observável ou não, sem reforçar respostas desadaptativas:

*Métodos disfuncionais de regulação emocional***:** Comportamentos como autolesões, abuso de substâncias ou comportamentos impulsivos que representem risco podem ter a função legítima de reduzir sofrimento, mas não devem ser validados em níveis mais altos como estratégias eficazes. Por exemplo, cliente em sofrimento intenso diz: "Fiquei muito, muito ansioso, e novamente me machuquei. Isso me ajuda a aliviar a pressão." Psicoterapeuta: "Faz sentido você buscar alguma maneira de aliviar uma dor tão

intensa. Tudo se acumulou de novo, e não havia alguém para te ajudar. Ao mesmo tempo, machucar-se pode trazer alívio momentâneo, mas também pode gerar repercussões relacionadas a ainda mais sofrimento posterior. Creio que posso te ajudar com isso. Vamos avaliar juntos o que está havendo e depois vermos outras formas de lidar com essa pressão?"

Crenças irracionais ou desconectadas da realidade: Pensamentos paranoides, interpretações ilógicas ou distorções cognitivas devem ser abordados com validação das emoções associadas (como medo ou insegurança), mas sem confirmar a veracidade dos conteúdos. Por exemplo, cliente diz: "Tenho certeza de que todos no trabalho estão me espionando e conspirando contra mim. E eu não posso perder o emprego. Preciso fazer algo grande, para calar a boca de todos." Psicoterapeuta: "É compreensível que sua cabeça te diga que há uma conspiração contra você quando no emprego passado você recebeu justa causa por algo que não fez. Essa sensação de ameaça deve ser muito angustiante e mobilizadora. Foi um dos períodos mais difíceis da sua vida. Gostaria de organizar com você uma resposta ao que você vem vivendo que não seja motivada apenas pelo medo ou pela sensação de ameaça. Você topa analisar e organizar isso junto comigo?"

Comportamentos criminosos ou destrutivos: A necessidade de proteção, justiça ou reparação pode ser validada, mas as ações que violam direitos ou causam danos a outros não devem ser legitimadas. Por exemplo, cliente diz: "Eu controlo as finanças da empresa. Tudo passa por mim. Dar um jeito para resolver minhas dívidas é a única saída." Psicoterapeuta: "Posso compreender o desespero e o medo que você sente ao lidar com as dívidas. A escola dos seus filhos está atrasada e seu casamento está por um fio. Buscar resolver uma situação difícil como essa é legítimo, embora a fórmula proposta por você amplie extraordinariamente mais os riscos. Vamos conversar mais sobre isso e buscar construir uma outra perspectiva possível?"

Estratégias gerais que oferecem alívio imediato, mas prejudiciais no longo prazo: Comportamentos de esquiva, impulsividade ou dependência emocional, que produzem alívio transitório, mas perpetuam sofrimento, não devem ser validadas como eficazes. Por exemplo, cliente relata que, após uma discussão, encerrou seu relacionamento, bloqueou todas as mensagens, apagou as fotos do casal nas redes sociais e decidiu passar a noite bebendo sozinha. Cliente: "Eu não aguentava mais. Fiquei tão angustiada que precisei fazer alguma coisa. Apaguei tudo do celular, bloqueei ele e fui encher a cara. Me ajudou a esquecer na hora." Psicoterapeuta: "Parece que naquele momento a dor era tão intensa que você buscou uma forma de aliviar da forma mais rápida e eficaz que você conhece. É compreensível que, diante de tanta angústia, você tenha tentado se proteger de alguma maneira. Ao mesmo tempo, você tem me relatado que o uso excessivo de álcool tem te trazido muitos problemas. Podemos pensar juntos em como estes eventos acontecem e em outras formas de lidar com tanta dor?"

Busca disfuncional por diretividade do psicoterapeuta: Quando o cliente transfere ao profissional a responsabilidade de definir seus sentimentos ou julgamentos ou de dar direções resolutivas, é importante validar a insegurança subjacente, mas estimular progressivamente a autonomia e a autocompreensão. Por exemplo, um cliente não sabe se busca contato novamente com o filho, após um conflito que resultou em afastamento físico. Cliente: "Eu preciso que você me diga o que fazer. Falo com ele? Estou muito deprimida com isso. Realmente não sei o que pensar e como decidir." Psicoterapeuta: "Essa dúvida está te consumindo. Em momentos assim, é muito compreensível querer que alguém de fora ajude a decidir e aliviar um pouco o peso. Ao mesmo tempo, vejo como pode ser importante te ajudar a entender melhor o que você sente, quais as ambivalências, e o que valoriza nessa relação, para que essa decisão venha de você, com mais clareza e confiança do que agora."

Desafios comuns ao ensinar validação na formação clínica

Ensinar validação envolve desafios bem específicos. Diferentemente de técnicas mais facilmente estruturáveis, ela depende de um refinamento perceptivo sobre a experiência do cliente e de uma capacidade do psicólogo em responder de forma contingente ao que é dito e mostrado em sessão. Isso implica que o professor/supervisor, além do domínio técnico, precisa ser capaz de decompor os microcomportamentos da validação, oferecer *feedback* preciso, promover repertório de autoavaliação nos alunos e, sobretudo, modelar comportamentos clínicos validantes para que ocorram na sessão em tempo real. Erros didáticos comuns ao ensinar validação dificultam o ensino eficaz. Entre eles, destacam-se:

Solicitar genericamente que os alunos façam acolhimento: Instruções como "seja empático", "acolha" ou "escute o cliente" são frequentemente utilizadas em contextos de ensino clínico; todavia, quando não acompanhadas de uma decomposição mais clara do que isso significa na prática, acabam sendo pouco efetivas em produzir a conduta almejada. Na ausência de um treino estruturado e criterioso, o que se observa são estudantes recorrendo a formas estereotipadas de interação que até simulam a escuta, mas que dificultam uma conexão real com o cliente. Isso pode intensificar a ansiedade por parte do aluno, que não sabe ao certo o que se espera dele, e ainda reforça a ideia equivocada de que habilidades clínicas são dons pessoais e não repertórios aprendidos.

Reduzir o ensino de validação a textos e instruções teóricas: Quando o ensino se restringe à dimensão conceitual, os alunos podem até compreender os níveis de validação de forma abstrata – o que é desejável, mas não suficiente –; entretanto, tendem a apresentar dificuldades significativas em reconhecê-los e aplicá-los de forma sensível e funcionalmente coerente com os antecedentes (comportamento do cliente, etapa do processo terapêutico, nível da aliança etc.) e as consequências produzidas no contexto clínico.

Ensinar a taxonomia de forma restritiva: Apresentar os seis níveis como uma escada a ser obrigatoriamente seguida, ou como um conjunto de categorias rígidas, pode levar a uma prática estereotipada, ou seja, insensível ao cliente. Os níveis devem ser ensinados como estratégias contingentes, escolhidas conforme o momento da interação com o cliente e a função da intervenção.

Usar correções punitivas e excessivamente críticas durante o ensino: Aprender validação exige sensibilidade às expressões verbais e não verbais do cliente, adaptação da linguagem, domínio de técnicas específicas e tolerância ao desconforto. Por isso, é natural que estudantes se sintam ansiosos, inseguros ou envergonhados ao treinar validação. Quando o ensino e a supervisão se concentram em correções punitivas, como apontar erros excessivamente, expor publicamente ou interpretar a ausência de validação como sinal de "falta de empatia", os efeitos tendem a ser contraproducentes. Erros durante o treino são esperados e devem ser tratados como oportunidades para aprendizagem progressiva. O *feedback* deve ser descritivo, respeitoso, incentivador e focado naquilo que o aluno fez de adequado. Equívocos podem – e devem – ser apontados, mas com cuidado adicional, preferencialmente de forma padronizada, com uso de instrumentos de autoavaliação (como *checklists* em que o próprio aluno avalia seu desempenho), ou com o uso de roteiros de *feedback* bem estruturados, como o sugerido neste artigo mais adiante.

Roteiro de treino de validação: passo a passo para professores e supervisores

A seguir, propõe-se um roteiro progressivo de treino prático com 10 etapas, que pode ser adaptado conforme o nível de desenvolvimento do aluno, a estrutura das aulas e os recursos disponíveis. O roteiro não precisa ser seguido de forma rígida ou linear: etapas podem ser reorganizadas, combinadas, repetidas ou até mesmo suprimidas, a depender dos objetivos do

professor/supervisor e dos pré-requisitos já aprendidos pelos alunos. Para os ensaios práticos ou para os atendimentos em si, recomenda-se o uso dos *checklists* apresentados ao final desta seção. Abaixo, cada etapa é acompanhada de seu objetivo específico, descrito em termos do comportamento a ser aprendido.

Passo 1: Apresentar um atendimento clínico curto, em áudio ou vídeo. O objetivo é promover a identificação preliminar de comportamentos validantes por parte do psicoterapeuta e favorecer o engajamento nas atividades subsequentes do Passo 2. Para isso: (a) selecione um trecho de sessão de terapia (real ou simulada), com duração entre 5 e 15 minutos, em que seja possível observar a postura e as respostas do psicoterapeuta; (b) oriente os alunos a focarem em como o profissional responde às falas do cliente e a anotarem tanto as falas quanto as expressões corporais observadas. Se necessário, o vídeo pode ser exibido mais de uma vez. Outra possibilidade é entregar a transcrição da sessão já pronta; (c) peça que os alunos classifiquem as falas e posturas do psicoterapeuta com base em suas impressões iniciais sobre o que seria uma resposta validante ou adequada à situação apresentada. Solicite também que justifiquem suas escolhas, mesmo que de maneira puramente intuitiva, como forma de preparar o grupo para a análise técnica que será feita posteriormente; (d) em seguida, promova uma discussão sobre as percepções do grupo, incentivando os alunos a descreverem os comportamentos do profissional de forma objetiva, sem recorrer a termos vagos ou interpretações subjetivas, já que a validação, enquanto habilidade clínica, expressa-se como comportamentos observáveis.

Passo 2: Estudo guiado da literatura sobre validação: Objetivo é identificar e descrever o conceito técnico de validação, os seis níveis propostos na DBT, os principais erros e os efeitos clínicos esperados de cada nível. Para isso: (a) escolha materiais de referência consolidados sobre validação – pode ser este artigo ou outros textos validados academicamente); (b) solicite um estudo prévio do material completo, destacando trechos que definam os níveis de validação, exemplos clínicos, diferenças em relação à invalidação e dificuldades comuns na aplicação; (c) organize pequenos grupos para sistematizarem coletivamente as principais ideias com base no estudo e construam uma síntese estruturada, retomando os objetivos desse passo; (d) estimule a discussão entre os grupos para que compartilhem suas sínteses, identifiquem convergências e levantem dúvidas; (e) finalize com uma sistematização coletiva do conteúdo, reforçando os aspectos topográficos e funcionais das habilidades de validação, preparando o grupo para sua aplicação prática nas etapas seguintes.

Passo 3: Apresentar atendimentos clínicos para classificação: Objetivo é classificar as falas de um psicoterapeuta em atuação como validações (indicando o nível), invalidações ou não-validações. Para isso: (a) apresente um trecho de sessão de terapia (real ou simulada) em vídeo, áudio ou transcrição, inclusive, o trecho pode ser o mesmo utilizado no Passo 1; (b) peça aos alunos que classifiquem cada fala como validação, invalidação ou não-validação; (c) ao identificarem validação, devem indicar o nível e justificar; (d) estimule a discussão, em duplas, da classificação de cada uma das falas; (e) faça correção coletiva, tirando dúvidas e solicitando exemplos de validação que substituam eventuais invalidações.

Passo 4: Exercícios escritos com falas do cliente, acompanhados de solicitação prévia do nível de validação: O objetivo é expor os alunos à prática de formular respostas validantes como se estivessem em sessão, com o nível de validação previamente indicado pelo professor/supervisor. A atividade permite que os estudantes experimentem a aplicação clínica dos diferentes níveis de validação, desenvolvendo sensibilidade para a escolha da resposta mais adequada ao contexto da fala do cliente dentro do nível sugerido. Para isso: (a) apresente falas breves de clientes que contenham componentes emocionais, cognitivos, motivacionais ou de ações públicas; (b) para cada fala, indique o

nível de validação que o aluno deve utilizar no exercício; (c) solicite que o aluno escreva uma resposta validante adequada à fala do cliente e ao nível indicado; (d) solicite o uso dos *checklists* de autoavaliação apresentados neste artigo; (e) promova discussão e revisão coletiva, validando dificuldades e destacando bons exemplos; (f) solicite que refaçam quando necessário.

Tabela 1. *Checklist de autoavaliação – Níveis 1 e 2*. Apresentação dos comportamentos observáveis decompostos associados aos dois primeiros níveis de validação, com instruções para psicoterapeutas em formação sobre sua identificação e aplicação prática.

Instrução de uso: Após uma simulação, vídeo ou sessão clínica, revise sua atuação e marque os comportamentos que você utilizou. Se necessário, acrescente observações e utilize as perguntas da parte inferior para qualificar o que fez ou refletir sobre a atuação clínica.			
Checklist de autoavaliação – Nível 1 de validação (Atenção responsiva)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Mantive contato visual com o cliente de forma adequada ao contexto.	☐	☐	☐
2. Mantive o corpo voltado para o cliente (inclinação, abertura postural, orientação do tronco e rosto).	☐	☐	☐
3. Usei sinais mínimos de escuta ativa ("uhum", "certo", acenos com a cabeça).	☐	☐	☐
4. Evitei interrupções desnecessárias enquanto o cliente falava.	☐	☐	☐
5. Mantive minhas expressões faciais e posturais gentilmente responsivas às expressões do cliente.	☐	☐	☐
6. Fiz perguntas coerentes com o que o cliente trazia (mostrando escuta precisa).	☐	☐	☐
7. Evitei respostas genéricas ou clichês desconectados da fala do cliente.	☐	☐	☐
8. Minha atenção se manteve sustentada durante o tempo em que o cliente falava.	☐	☐	☐
Houve algum momento em que minha atenção ao cliente oscilou? Por quê? Que sinais comportamentais o cliente me deu que indicam que ele se sentiu ouvido ou não? Que aspecto da minha atenção eu poderia melhorar?			
Checklist de autoavaliação – Nível 2 de Validação (Reflexão precisa)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Repeti palavras ou expressões importantes utilizadas pelo cliente.	☐	☐	☐
2. Reformulei ou parafraseei o que o cliente disse, mantendo o significado original.	☐	☐	☐
3. Devolvi ao cliente, com precisão, o conteúdo emocional de sua fala.	☐	☐	☐
4. Devolvi ao cliente, com precisão, o conteúdo cognitivo de sua fala (ex.: “então você pensou/sua cabeça te disse que ela não se importa?”).	☐	☐	☐
5. Evitei distorcer ou interpretar demais o que o cliente disse.	☐	☐	☐
6. Fiz pausas adequadas após minhas devoluções, permitindo que o cliente confirmasse, ajustasse ou expandisse.	☐	☐	☐
7. Ajustei minha entonação e linguagem à do cliente, sem imitar, mas mantendo coerência afetiva.	☐	☐	☐
8. Confirmei, quando necessário, se minha devolução fazia sentido para o cliente.	☐	☐	☐
Minhas devoluções pareceram úteis para o cliente elaborar o que estava sentindo ou pensando? Houve momentos em que eu interpretei além do necessário? O cliente confirmou ou corrigiu algo que eu devolvi? Como reagi a isso?			

Passo 5: Exercícios escritos com falas do cliente sem indicação prévia do nível de validação: Objetivo é o mesmo que o do passo anterior, entretanto, a escolha do nível de validação utilizado fica a critério do aluno. Para isso: (a) apresente falas complexas e variadas de clientes ou utilize transcrições de sessões acompanhadas ou não de vídeo/áudio. Neste passo, não indique o nível de validação que deverá ser utilizado; (b) solicite que os alunos escrevam uma resposta validante e indiquem o nível utilizado, justificando brevemente sua escolha; (c) solicite o uso dos *checklists* de autoavaliação; (d) solicite a discussão, em duplas, de cada proposição de validação para cada fala do cliente; (e) promova discussão e revisão coletiva; (f) solicite que refaçam validações equivocadas ou imprecisas, se necessário.

Passo 6: Role-playing em trios: Objetivo é facilitar a integração do repertório analítico de validação ao contexto interacional dinâmico de um atendimento clínico real. Para isso: (a) forme trios com papéis de psicoterapeuta, cliente e observador. O observador deve anotar as falas do psicoterapeuta e registrar o nível de validação utilizado; (b) peça para o aluno-cliente improvisar ou interpretar um cliente cujas características tenham sido previamente fornecidas pelo professor/supervisor. Deve-se evitar que o aluno-cliente interprete ele mesmo, de modo a protegê-lo emocionalmente, dado que é um treino curto, sem objetivo de tratamento; (c) peça para o aluno-terapeuta que responda de forma validante, simulando um atendimento clínico real; (d) peça para o observador comentar o atendimento de forma motivadora, esclarecendo os níveis de validação realizados, sem corrigir ou sugerir mudanças, evitando constrangimento inicial pela situação de exposição; (e) estimule discussões após cada simulação, instruindo abertamente para que o aluno-cliente e o observador validem as dificuldades do aluno-psicoterapeuta, utilizando os próprios níveis de validação; (f) após 5 a 10 minutos, os papéis rotacionam até que todos passem por todas as funções; (g) promova uma discussão final, enfatizando as principais dificuldades; (h) estimule o uso dos *checklists* de autoavaliação.

Como duas opções de variações, após o treino em trios, este passo também pode ser (A) repetido de modo que os alunos simulem clientes com perfis variados já pré-determinados e detalhados pelo professor/supervisor e que sejam de manejo mais difícil: retraídos, prolixos, hostis, desconfiados, evitativos, ambivalentes, entre outros – com o objetivo de desenvolver flexibilidade. Depois disso, também pode ser realizado em (B) *role-playings* com vários observadores e feedback positivo estruturado. O objetivo seria promover a tolerância do aluno à exposição a uma situação de avaliação ampliada que favoreça a aplicação em tempo real das habilidades trabalhadas seguida de *feedbacks* coletivos. Cada variação também pode ser aplicada após os Passos 7 e 9 descritos logo abaixo, a depender do desenvolvimento dos alunos.

Tabela 2. *Checklist de autoavaliação – Níveis 3 e 4*. Apresentação de comportamentos observáveis decompostos dos níveis 3 e 4 de validação.

Checklist de autoavaliação – Nível 3 de Validação (Articulação do não verbalizado)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Observei com atenção sinais não verbais do cliente.	☐	☐	☐
2. Detectei possíveis emoções ou pensamentos não ditos verbalmente pelo cliente.	☐	☐	☐
3. Expressei de forma clara e respeitosa minha hipótese sobre o que o cliente pode estar sentindo ou pensando.	☐	☐	☐
4. Usei expressões que sinalizam uma leitura cuidadosa, sem imposição (ex.: “parece que...”, “talvez tenha sido...”, “pode ser que…”).	☐	☐	☐
5. Evitei interpretações distantes dos assuntos presentes no fluxo da sessão.	☐	☐	☐

6. Fui sensível/validante à resposta do cliente à minha intervenção.	☐	☐	☐
7. Ajudei o cliente a reconhecer ou elaborar/compreender sua experiência.	☐	☐	☐
8. Usei a entonação de voz e o ritmo da fala compatíveis com o conteúdo emocional acessado.	☐	☐	☐
9. Busquei na literatura da área elementos típicos da experiência da experiência de meu cliente ou fiz isso por meio de análise e formulação de caso.	☐	☐	☐
10. Evitei confundir interpretação validante com conselho ou julgamento.	☐	☐	☐
O cliente respondeu às minhas hipóteses com mais abertura, desconforto ou neutralidade? Fui cuidadoso ao oferecer uma leitura, ou impus algo que não havia sido sugerido?			
Checklist de autoavaliação – Nível 4 de Validação (Via história causal)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Identifiquei aspectos relevantes da história do cliente (eventos passados, padrões recorrentes, aprendizados prévios).	☐	☐	☐
2. Usei expressões médias que não indicam nem julgamento, nem concordância, como “faz sentido”, “é compreensível”, “tem lógica”.	☐	☐	☐
3. Descrevi, com certo nível de detalhe, a experiência do cliente que é objeto da validação (emoção, desejo, pensamento ou ação pública).	☐	☐	☐
4. Descrevi, com certo nível de detalhe, os eventos passados que supostamente explicam a experiência validada.	☐	☐	☐
5. Evitei interpretações vagas ou generalizações (“isso vem da sua infância”, sem especificar).	☐	☐	☐
6. Conectei a expressão que não julga ou concorda à experiência e ao passado do cliente (Expressão média + experiência + passado) na estrutura da minha fala.	☐	☐	☐
7. Evitei justificar moralmente ou aprovar o comportamento do cliente — apenas o contextualizei.	☐	☐	☐
8. Observei a reação do cliente à minha validação: ele mostrou ser compreendido, aliviado ou teve relato ampliado.	☐	☐	☐
9. Ajustei minha fala ao tom emocional do momento da sessão.	☐	☐	☐
10. Validei eventuais discordâncias do cliente acerca de minha tentativa de validação.	☐	☐	☐
O cliente respondeu com aceitação, identificação ou estranhamento? Essa intervenção reduziu posturas autocríticas do cliente? Vale perguntar ao cliente como ele se sentiu com esta perspectiva oferecida? Por quê?			

Passo 7: Treino de análise de impacto: Objetivo é observar e descrever os efeitos imediatos da validação no comportamento do cliente (ex.: ampliação do relato, redução de tensão, mudança de expressão), promovendo sensibilidade funcional. Para isso: (a) após *role-plays* ou simulações gravadas, pause e pergunte: “O que o cliente fez depois da resposta do psicoterapeuta?”; (b) peça que os alunos descrevam as mudanças verbais e não verbais observadas; (c) promova a formulação de hipóteses sobre a função da validação e se ela teve o efeito desejado; (d) discuta como poderia ser uma atuação alternativa do psicoterapeuta em casos em que o cliente não respondeu como esperado ou desejado; (e) reforce a importância de ajustar as intervenções com base em sua eficácia real, e não apenas na intenção.

Passo 8: Autoavaliação estruturada e auto-observação em vídeo ou áudio: Objetivo é identificar os próprios comportamentos validantes em uma gravação, classificando os níveis utilizados e avaliando os efeitos sobre o cliente, promovendo refinamento técnico autônomo e sobretudo repertório de autoavaliação e promoção de

mudanças de comportamento que não dependam somente de *feedbacks* externos. Para isso: (a) instrua os alunos a gravarem uma ou mais simulações de atendimento junto de uma dupla; (b) peça que assistam ou escutem a gravação e registre a classificação de cada fala (validação, invalidação e não-validações), o nível e o efeito percebido no cliente; (d) solicite o uso dos *checklists* de autoavaliação; (e) solicite a entrega do exercício escrito para correção/registro.

Tabela 3. *Checklist de autoavaliação – Nível 5.* Apresentação de comportamentos observáveis decompostos do quinto nível de validação.

Checklist de autoavaliação – Nível 5 de Validação (Via momento atual causal)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Identifiquei aspectos concretos do contexto atual do cliente (ex.: ambiente, pessoas envolvidas, demandas, recursos disponíveis).	☐	☐	☐
2. Usei expressões médias que não indicam nem julgamento, nem concordância, como "faz sentido", "é compreensível", "tem lógica" etc..	☐	☐	☐
3. Descrevi, com certo nível de detalhe, a experiência validada (emoção, pensamento, motivação ou ação pública).	☐	☐	☐
4. Descrevi, com certo nível de detalhe, o contexto atual que explica ou contribui para a experiência do cliente.	☐	☐	☐
5. Evitei recorrer a eventos passados ou hipóteses biológicas.	☐	☐	☐
6. Conectei a expressão que não julga ou concorda à experiência e ao contexto atual concreto do cliente (Expressão média + experiência + contexto atual) na estrutura da minha fala.	☐	☐	☐
7. Evitei aprovar moralmente ou justificar o comportamento – apenas o contextualizei.	☐	☐	☐
8. Observei a reação do cliente à minha validação: ele mostrou alívio, ampliação do relato ou confirmação?	☐	☐	☐
9. Ajustei minha fala ao tom emocional da sessão e à responsividade do cliente.	☐	☐	☐
10. Validei eventuais discordâncias do cliente em relação à minha tentativa de validação.	☐	☐	☐
Minha validação ajudou o cliente a se compreender melhor no aqui e agora? Essa intervenção reduziu posturas autocríticas do cliente? Vale perguntar ao cliente como ele se sentiu com esta perspectiva oferecida? Por quê?			

Passo 9: Treino cruzado ao transformar invalidações em validações: O objetivo é reformular falas invalidantes ou neutras em respostas validantes adequadas, facilitando a percepção de tendência a invalidar clientes e corrigindo o comportamento antes de sua emissão pública. Para isso: (a) em vídeos, áudios ou exercícios escritos, apresente exemplos de falas inadequadas, invalidações explícitas ou respostas genéricas descontextualizadas; (b) solicite que os alunos escrevam uma resposta validante no lugar, indicando o nível utilizado e justificando a escolha; (c) solicite o uso dos *checklists* de autoavaliação; (d) promova discussão comparando os efeitos esperados da fala original e da reformulada.

Passo 10: Aplicação em atendimentos clínicos supervisionados: O objetivo é utilizar validações em sessões reais, identificando os

momentos em que ocorreram, identificando o nível, sua função e os efeitos percebidos, e planejando possíveis ajustes. Para isso: (a) peça que os alunos gravem e transcrevam suas sessões (certifique-se de que todos os cuidados éticos para isso estejam empregados); (b) solicite que descrevam as falas do cliente, suas respostas e a classificação das mesmas (validação e nível, invalidação ou não-validação), e o efeito observado; (c) solicite o uso dos *checklists* de autoavaliação; (d) se for o caso, solicite que o próprio aluno apresente correções ou alternativas para situações futuras semelhantes; (e) discuta as alternativas, dificuldades e ajustes possíveis.

Tabela 4. *Checklist de autoavaliação – Nível 6.* Apresentação de comportamentos observáveis decompostos do sexto nível de validação.

Checklist de autoavaliação – Nível 6 de Validação (Genuinidade radical)			
Comportamento observado	**Sim**	**Parcial**	**Não**
1. Demonstrei impacto emocional diante da fala do cliente (ex.: expressão facial condizente com tristeza, indignação, ternura, surpresa).	☐	☐	☐
2. Mantive expressividade facial autêntica: sobrancelhas móveis, olhos, musculatura facial ativa de acordo com o tom emocional.	☐	☐	☐
3. Ajustei minha postura corporal ao momento: inclinação leve, relaxamento muscular, diminuição de gestos quando o cliente estava vulnerável.	☐	☐	☐
4. Usei sorrisos, risos leves ou risadas em momentos apropriados (ex.: ironias compartilhadas, relatos afetuosos), sem desproporcionalidade com as expressões do cliente.	☐	☐	☐
5. Compartilhei verbalmente uma experiência minha – emoção, sensação, pensamento, com cuidado e foco na experiência do cliente (“Sinto muito pelo que passou”; “Isso que disse me toca, porque você...”; “Quando você me diz isso, é difícil não passar pela minha cabeça...”).	☐	☐	☐
6. Minha resposta expressou presença e humanidade, sem soar automática ou excessivamente técnica.	☐	☐	☐
7. Evitei que minha expressão parecesse performática, exagerada, genérica ou deslocada da situação.	☐	☐	☐
8. Validei genuinamente ao mesmo tempo que validei em algum outro nível (1 a 5), ou seja, sem perder a compaixão.	☐	☐	☐
9. Observei o impacto sobre o cliente: houve conexão, ampliação do relato ou mudança visível no tom da interação?	☐	☐	☐
10. Validei reações do cliente à minha expressão (aceitação, surpresa, desconforto ou negação), se elas ocorreram.	☐	☐	☐
Minha expressão emocional serviu ao cliente ou à minha necessidade de parecer empático ou emocionalmente responsivo? O cliente pareceu se sentir mais visto, mais acolhido ou mais à vontade após minhas expressões? Sinto alguma dificuldade em parecer genuíno em sessão? Se sim, isso se deve a quais fatores ligados (a) ao cliente; (b) ao meu repertório clínico; (c) à ansiedade de querer fazer um bom trabalho? Devo esperar mais o transcorrer dos atendimentos para me sentir aberto a me expressar genuinamente?			

Conclusão

A validação é uma habilidade clínica fundamental, empiricamente sustentada e transversal a diferentes modelos psicoterapêuticos. Apesar de sua relevância, a validação segue negligenciada na formação em Psicologia, particularmente no que se refere ao seu ensino de forma clara, estruturada e gradual. A lacuna entre o conhecimento teórico e a aplicação prática, especialmente evidente na formação clínica, compromete a preparação de futuros profissionais para atuarem com competência técnica e sensibilidade ética.

A sistematização do ensino de validação clínica apresentada neste artigo busca responder a deficiências persistentes na formação técnica de psicoterapeutas – e psicólogos no geral. Embora ofereça um roteiro progressivo para o desenvolvimento dessa habilidade, estudos empíricos futuros são necessários para avaliar não apenas o impacto imediato deste roteiro no desempenho dos alunos, mas também a manutenção das habilidades ao longo do tempo e sua capacidade de atender às exigências da prática profissional e às demandas clínicas da sociedade.

Referências

Bado, P. P., Mezavilla, M. L., van Deursen, M., Cito, L., Bastos, L., Alves, A., de Sales, R. R., Castro, J. G., Francisco, P., do Valle-Simões, A., Bittencourt, L. G., Melo, D. A. C., Bueno, N. R., Loureiro, G. V., Portela, F. B., Souza, E. S., Capocchi, C. V., Carvalho, M., Martins, A. C. B., Fonseca, M. N., Neto, M. S., & da Rocha, J. P. P. (2025). Graduação em Psicologia no Brasil: Mapeamento Nacional das Matrizes Curriculares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *45*(spe1). https://doi.org/10.1590/1982-3703003298124

Bedics, J. D., Korslund, K. E., Sayrs, J. H. R., & McFarr, L. M. (2013). Observation of essential clinical strategies during an individual session of Dialectical Behavior Therapy. *Psychotherapy*, *50*(3), 454–457. https://doi.org/10.1037/a0032418

Bobato, S. T., Stock, C. M., & Pinotti, L. K. (2016). Formação, inserção e atuação profissional na perspectiva dos egressos de um curso de Psicologia. *Psicologia: Ensino & Formação*, *7*(2), 18–33. https://doi.org/10.21826/2179-58002016721933

Borges, C. D., Glidden, R. F., Bisewski, B., Corrêa, C. F. Z., & Zastrow, C. F. (2019). As experiências do estágio clínico na perspectiva de acadêmicos de Psicologia. *Revista Labor*, *21*(1), 56–75. Disponível em: https://periodicos.ufc.br/labor/article/view/40315

Carson-Wong, A., Hughes, C. D., & Rizvi, S. L. (2018). The effect of therapist use of validation strategies on change in client emotion in individual DBT treatment sessions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(2), 165–171. https://doi.org/10.1037/per0000229

Danzer, G. S., & Ferber, S. (2014). Differential therapeutic responses to DBT skills training and validation: A case study. *Psychology*, *5*, 664–675. https://doi.org/10.4236/psych.2014.57078

Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2004). Why it hurts to be left out: The neurocognitive overlap between physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences*, *8*(7), 294–300. https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.05.010

Ferrarini, N. L., & Camargo, D. (2014). O professor de Psicologia diante da multiplicidade e diversidade teórica da Psicologia: lugar de incertezas e de desafios. *Psicologia: Ensino & Formação*, *5*(1), 32–49. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612014000100004

Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation, and "individual" psychotherapy in couples. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 168 –191). New York: Guilford Press.

Fruzzetti, A. E., & Ruork, A. (2018). Validation principles and practices in dialectical behavior therapy. In M. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.50

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(6), 353–379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G.

(2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. International Universities Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linton, S. J., Boersma, K., Vangronsveld, K., & Fruzzetti, A. E. (2012). Painfully reassuring: The effects of validation on emotions and adherence in a pain test. *European Journal of Pain*, *16*(4), 592–599. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.07.011

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.001.0001

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Santos, A. C., & Nóbrega, D. O. (2017). Dores e delícias em ser estagiária: o estágio na formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *37*(2), 515–528. https://doi.org/10.1590/1982-3703002992015

Santos, G. C. V., Kienen, N., Viecili, J., Botomé, S. P., & Kubo, O. M. (2009). "Habilidades" e "competências" a desenvolver na capacitação de psicólogos: uma contribuição da Análise do Comportamento para o exame das diretrizes curriculares. *Interação em Psicologia*, *13*(1), 131–145. https://doi.org/10.5380/psi.v13i1.12279

Schwarz, J. C., Dias, M. S. L., & Camargo, D. (2021). Dificuldades encontradas por estudantes no ensino superior e práticas institucionais adotadas para superá-las: uma revisão de literatura. *Quaestio*, *23*(3), 741–761. http://dx.doi.org/10.22483/2177-5796.2021v23n3p741-761

Sei, M. B., & Franco, R. S. (2017). Supervisão grupal de estágio em Psicologia Clínica: revisão da literatura. *Psicologia: Ensino & Formação*, *8*(2), 75–84. https://doi.org/10.21826/2179-58002017827584

Seixas, P. S. (2014). *A formação graduada em Psicologia no Brasil: Reflexão sobre os principais dilemas em um contexto pós-DCN* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(2), 163–183. https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.163

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. Basic Books.

Thériault, A., & Gazzola, N. (2010). Therapist feelings of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*, 233–243. https://doi.org/10.1007/s10879-010-9147-z