



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Ansiedade e desesperança moderada

Uma paciente que só pode ser forte. A supervisão trata da rigidez que protegeu e agora aprisiona — e de um risco elegante: a melhora rápida que pode ser mais uma forma de obedecer.

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 **A rigidez foi adaptativa antes de virar problema.** Ela sobreviveu a contextos que exigiam firmeza. O alvo não é retirá-la — é impedir que ela se aplique a todos os contextos.
- Ψ **Categorizar vem antes de intervir.** Agrupar fenômenos dispersos numa categoria única é o que torna a rede legível — e o que evita perseguir sintoma por sintoma.
- Ψ **Melhora rápida merece ser investigada, não comemorada.** Ela pode indicar mudança real ou uma transferência de força para o terapeuta: “me diga o que fazer que eu faço”.
- Ψ **O terapeuta ocupa dois papéis, em ordem:** cuidador e orientador no início, para reduzir sobrecarga; modelador depois, para desafiar a rigidez.
- Ψ **O afeto do terapeuta não pode ser condicionado ao desempenho na terapia.** Para quem aprendeu que só é valorizada quando obedece, dizer isso — e sustentar — é a intervenção.

O caso, em uma página

Mulher no fim da casa dos 40, em posição de comando dentro de uma instituição fortemente hierárquica e majoritariamente masculina, próxima da aposentadoria. O ambiente de trabalho foi descrito pela terapeuta como **invalidante, crítico e misógino**: ela sofre humilhações constantes e, quando se impõe diante de injustiças, sofre retaliações de superiores.

Em terapia há pouco mais de um mês, chegou com quadro de ansiedade — tensão corporal, irritabilidade, choro, tremor — após uma crise de pânico, e com **ceticismo e falta de esperança** quanto ao tratamento.

História

- Ψ **Violência e privação na infância** por parte da mãe.
- Ψ **Uma decisão reprodutiva** tomada em conjunto e, depois, usada contra ela em conflitos conjugais — que culminaram no divórcio.
- Ψ **Um adoecimento grave** ao longo da vida adulta.
- Ψ **O pai**, hoje com quadro demencial avançado, é a única figura masculina que ela considera tê-la respeitado.

A relação com a família é ambígua: apesar da dor, é **o único lugar onde ela se sente pertencente**.

Um episódio que mudou a leitura

Semanas antes, um superior de alta patente anulou uma ordem dela diante de outras pessoas, humilhando-a. O episódio a fez reavaliar o próprio modo de agir: percebeu que tentar se fazer valer produzia desgaste emocional altíssimo. Numa reunião seguinte, **ficou calada e não se envolveu emocionalmente — e relatou paz**. O dado é bom e ambíguo ao mesmo tempo, e a supervisão volta a ele.

Categorizar antes de intervir

Um ponto de método que a supervisão fez questão de marcar, e que vale além deste caso: **a categorização é parte do funcionamento da TBP**, não um preciosismo taxonômico.

Tensão no corpo, irritabilidade, choro e tremor não precisam ser perseguidos um a um. Agrupados sob **ansiedade**, viram um nó da rede — e a pergunta deixa de ser “como reduzir o tremor” e passa a ser “o que ativa e o que mantém esse nó”.

O mesmo vale do lado do *self*: o cuidado excessivo com as irmãs e a dependência emocional em relação ao pai **são o mesmo padrão**, e reuni-los numa categoria única é o que permite raciocinar sobre eles.

Por que isso importa na prática

Rede com sintoma solto em cada nó não hierarquiza nada — foi o mesmo problema apontado na supervisão sobre formulação. Categorizar é o que transforma uma lista de queixas num número manejável de processos, e é a etapa que separa descrição de formulação.

O self: rígido fora, frágil dentro

A terapeuta já havia categorizado bem: *self* **rígido** no contexto de trabalho, **fragilizado e dependente** fora dele, sobretudo na relação com o pai.

A supervisão acrescentou a hierarquia: **a fragilidade é o núcleo**. A dependência do pai e o cuidado com as irmãs funcionam como *estratégia* para se proteger dela — e para não ser vista como insignificante.

A oscilação, e o custo

Ela oscila entre força e fragilidade, mas **não consegue ser frágil com ninguém**. O resultado é isolamento dentro da própria cabeça. Para evitar a fragilidade, adota autorresponsabilização e cuidado parental de forma generalizada — e o padrão que emerge é de **comportamento demais**: sobrecarga por excesso, não por evitação.

O ambiente militarizado intensifica tudo: não demonstrar fraqueza deixa de ser preferência e vira exigência de sobrevivência profissional.

O que a autodefesa fez por ela

É importante dizer isso ao paciente, e a supervisão foi explícita: o *self* rígido **foi importante para a sobrevivência**. O objetivo não é desmontá-lo, é impedir que ele reverbere em todos os contextos da vida — inclusive naqueles onde ninguém está atacando.

A origem da desesperança

Os eventos adversos acumulados ao longo da vida deixaram o sistema nervoso sensível e hipervigilante. E a desesperança tem uma explicação estrutural simples: **o mundo dela se restringe a dois contextos — trabalho e família — e nos dois ela precisa desempenhar**. Não há, hoje, nenhum lugar onde ela possa simplesmente estar.

A melhora rápida pode ser esquiva

Depois de pouco mais de um mês, a paciente respondeu bem: aceitação, psicoeducação sobre ansiedade, desfusão cognitiva, *role-playing* e *mindfulness* — incluindo o uso de uma habilidade de pausa —, com incorporação de meditações guiadas à rotina e relato de bem-estar.

É um bom resultado. E a supervisão levantou a hipótese incômoda: essa resposta rápida pode ser **uma forma de esquiva, ou de dependência de orientação**. A paciente **transfere a própria força para a terapeuta** e se sente segura quando alguém lhe diz o que fazer.

Como isso se testa, e não se decide

É hipótese, não achado. Ela se testa observando o que acontece quando a terapeuta *não* orienta: a paciente sustenta o ganho, ou ele evapora? Ela consegue discordar de uma sugestão? O que ela faz com uma sessão sem tarefa? Confirmar cedo demais seria substituir uma leitura ingênua por outra.

O mesmo raciocínio se aplica ao episódio da reunião em que ela ficou calada e sentiu paz. Pode ser flexibilidade nova — escolher não brigar uma briga que não vale. Pode ser mais uma rodada de submissão, agora com melhor humor. **A topografia é a mesma; a função decide.**

Os dois papéis do terapeuta

A orientação de manejo foi sequencial, e a ordem é o essencial.

Primeiro: cuidadora e orientadora

Manter esse papel no início do tratamento, para **reduzir sobrecarga e ansiedade**. Com alguém carregando tudo sozinha, ter quem oriente alivia — e o alívio é condição para o resto.

Depois: modeladora

Introduzir gradualmente o papel que **desafia a rigidez**. A paciente é movida por regras e pela necessidade de fazer certo; precisa chegar ao *insight* de que pode decidir por si — e de que a terapeuta continuará gostando dela **mesmo que ela não siga as orientações**.

A intervenção mais precisa do encontro

Interromper os agradecimentos excessivos — que são padrão de agradar — e comunicar que o cuidado e o afeto são **genuínos e independentes do desempenho dela na terapia**.

Repare no que isso é: aceitação incondicional operando dentro da relação, exatamente como o capítulo sobre aceitação a define — sem que a pessoa precise atender a critérios para ser respeitada. Para quem aprendeu que só vale quando é boazinha e obedece, ouvir isso de alguém que sustenta o que diz pode ser experiência corretiva.

Flexibilizar o que ela nem se permite pensar

Ao ser perguntada sobre como gostaria de ter agido diante da humilhação, a paciente respondeu que gostaria de estar **xingando mentalmente** o superior. A terapeuta a incentivou a experimentar isso — mentalmente — como forma de relaxar e de desafiar uma rigidez que não permite nem pensamentos “incorretos”.

É um bom exemplo de irreverência a serviço da flexibilidade. Na mesma linha, o treino de assertividade pode começar por frases deliberadamente afrontosas — “*eu posso não querer ir*” —, úteis justamente com quem evita confronto.

Hipervigilância, ambientes e o que fica

A metáfora do farol

Um farol serve para sinalizar perigo. Se ele fica **aceso o tempo todo**, deixa de informar: quem olha não distingue mais o que é perigo real do que é paisagem.

A função do farol é ser **direcionado e desligado a maior parte do tempo**. Desligá-lo não é ficar desprotegida — é confiar na própria capacidade adulta de lidar com o que aparecer, e é o que permite ser genuína em vez de estar sempre em posição de guarda.

Seleção de ambientes

Se o mundo dela tem só dois contextos e nos dois é preciso desempenhar, ampliar o repertório não basta — é preciso **ampliar os ambientes**. O alvo, dito com todas as letras na supervisão, é encontrar pessoas que a validem e gostem dela *de todas as partes*, e que não peçam desempenho nenhum.

Enquanto isso não existir, qualquer ganho terapêutico fica dependendo da sessão para se sustentar.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Categorize antes de intervir.** Sintoma solto em cada nó não vira formulação.
- Ψ **Diga ao paciente o que a defesa fez por ele.** Rigidez que salvou alguém não se desmonta por argumento; se contextualiza.
- Ψ **Desconfie da melhora rápida em paciente movido por regras** — e teste, em vez de concluir.
- Ψ **Sustente antes de desafiar.** Cuidar reduz a sobrecarga; modelar flexibiliza. Inverter a ordem custa o vínculo.
- Ψ **Diga que o afeto não depende do desempenho na terapia** — e depois sustente isso quando ele não fizer a tarefa.
- Ψ **Repertório novo precisa de ambiente novo.** Sem contexto onde não seja preciso desempenhar, não há onde praticar.

Referências

1. Alberti, R., & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (10ª ed.). Impact Publishers.
2. Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.
3. Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3ª ed.). Johns Hopkins University Press.
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., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
6. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
7. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Plenum Press.
8. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
9. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
10. McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.
11. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve regular practice*. Guilford Press.

12. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2ª ed.). Guilford Press.
13. Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy*. Springer.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. A instituição, o cargo, a patente do superior envolvido e a idade exata foram generalizados: a combinação desses dados com o gênero e a proximidade da aposentadoria tornaria a paciente identificável mesmo sem nome. Os eventos de saúde e reprodutivos foram descritos apenas por sua **função** na formulação — o que foi usado contra ela, o que sensibilizou o sistema —, sem a natureza específica de cada um; a violência sofrida na infância é nomeada sem detalhamento gráfico, que não acrescentaria nada ao raciocínio clínico. O termo “microtrauma”, usado em aula, não é categoria consolidada na literatura; o texto fala em **eventos adversos acumulados**, cujo efeito sobre a reatividade fisiológica é descrito na literatura de carga alostática (McEwen, 1998). A leitura de que a melhora rápida pode ser esquiva ou dependência de orientação é **hipótese de supervisão**, e está apresentada como algo a testar — não como conclusão. Os assuntos operacionais do encontro foram omitidos. O nome da terapeuta supervisionada e dos demais participantes não é mencionado. As referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a conceitos discutidos sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna. Este material registra raciocínio clínico de supervisão e **não substitui** avaliação individualizada.

Levar para a prática

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

Agrupei os fenômenos dispersos do caso em categorias antes de montar a rede.

Identifiquei qual é o núcleo e qual é a estratégia de proteção — e não tratei os dois como iguais.

Disse ao paciente o que a defesa rígida fez por ele antes de propor flexibilizá-la.

Investiguei se a melhora rápida é ganho real ou transferência de responsabilidade para mim.

Sustentei o papel de orientador no início, sem me instalar nele.

Comuniquei que meu cuidado não depende do desempenho dele na terapia — e sustentei isso na prática.

Verifiquei quantos contextos de vida o paciente tem, e em quantos deles precisa desempenhar.

Trabalhei a hipervigilância pela função do alerta, e não pela tentativa de eliminá-lo.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. Que fenômenos dispersos de um caso seu poderiam ser agrupados numa categoria única? O que muda na formulação?

2. Num caso seu, qual é o núcleo e qual é a estratégia de proteção? Como você distinguiria os dois?

3. Como você diria a um paciente que a rigidez dele foi útil, sem que soe como permissão para mantê-la?

4. Que paciente seu melhorou rápido? Como você testaria se o ganho é dele ou da sua orientação?

5. Já se instalou no papel de orientador com alguém? O que sinalizaria que é hora de mudar de papel?

6. Como você comunicaria que o seu cuidado não depende do desempenho na terapia — e o que faria na primeira vez que ele não fizesse a tarefa?

7. Quantos contextos de vida tem o seu paciente mais isolado? Em quantos ele precisa desempenhar?

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. Que fenômenos dispersos de um caso seu poderiam ser agrupados numa categoria única? O que muda na formulação?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta agrupa fenômenos **dispersos** sob uma categoria funcional — como tensão, irritabilidade, choro e tremor reunidos em “ansiedade”, ou cuidado excessivo com terceiros e dependência reunidos num mesmo padrão. Muda a formulação porque a pergunta deixa de ser como reduzir cada sintoma e passa a ser o que ativa e mantém aquele nó.

2. Num caso seu, qual é o núcleo e qual é a estratégia de proteção? Como você distinguiria os dois?

COMENTÁRIO

O **núcleo** é o que o paciente evita sentir ou ser — no caso, a fragilidade. A **estratégia** é o que ele faz para não chegar lá — cuidado parental generalizado, autorresponsabilização, rigidez. A distinção prática: a estratégia é o que aparece primeiro e o que ele defende; o núcleo é o que se revela quando a estratégia falha, e o que ele evita nomear.

3. Como você diria a um paciente que a rigidez dele foi útil, sem que soe como permissão para mantê-la?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta **contextualiza sem endossar**: a rigidez foi importante para a sobrevivência naquele ambiente, e o objetivo não é desmontá-la, é impedir que ela reverbere em todos os contextos — inclusive naqueles onde ninguém está atacando. Dizer isso antes de propor flexibilizar é o que impede que a proposta soe como crítica.

4. Que paciente seu melhorou rápido? Como você testaria se o ganho é dele ou da sua orientação?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta trata a melhora rápida como **hipótese a testar**, e não como conclusão, e descreve o teste: o que acontece quando você não orienta, se ele consegue discordar de uma sugestão, o que faz com uma sessão sem tarefa. Confirmar cedo demais substitui uma leitura ingênua por outra.

5. Já se instalou no papel de orientador com alguém? O que sinalizaria que é hora de mudar de papel?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta reconhece que o papel de orientador é **adequado no início**, para reduzir sobrecarga, e nomeia os sinais de que é hora de mudar: o paciente sustenta ganho só quando orientado, agradece em excesso, pede confirmação para decisões pequenas.

6. Como você comunicaria que o seu cuidado não depende do desempenho na terapia — e o que faria na primeira vez que ele não fizesse a tarefa?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta formula a comunicação com clareza — o cuidado é genuíno e **independe do desempenho dele na terapia** — e, mais importante, descreve o que fará quando ele não fizer a tarefa. É aí que a afirmação é testada; sustentá-la ali é a intervenção.

7. Quantos contextos de vida tem o seu paciente mais isolado? Em quantos ele precisa desempenhar?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta conta os contextos e verifica em quantos há **exigência de desempenho**. Se o mundo se restringe a dois e nos dois é preciso performar, ampliar repertório não basta: é preciso ampliar ambientes, encontrando pessoas que não peçam desempenho nenhum.