



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Autocrítica acadêmica

Uma adolescente que se considera uma farsa. A supervisão mostra por que deslocar a culpa não basta — e como trabalhar a própria definição da palavra que sustenta o self.

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 **“Farsa” implica enganar de propósito.** É por isso que a palavra gruda em quem guardou segredo na infância — e é por aí que se desmonta a crença.
- Ψ **Não basta dizer que a culpa não é dela.** O trabalho é mostrar como a experiência moldou historicamente a sensação de ser uma farsa. Deslocar culpa sem explicar origem não sustenta.
- Ψ **Um self rígido demais para a idade.** E um ambiente novo, mais formal e exigente, que vinha refinando esse self em vez de afrouxá-lo.
- Ψ **Carência é necessidade humana, não defeito.** Ela lutava contra a própria carência por associá-la ao passado. Normalizar é intervenção, não consolo.
- Ψ **Dificuldade de aplicar não é recusa de melhorar.** Ler a não adesão como “escolha de não se ajudar” devolve culpa a quem já se culpa de tudo.

O caso, em uma página

Adolescente que migrou com a família para outro país há menos de um ano, tendo perdido o pai ainda na infância. Procurou terapia por **dificuldades escolares**, com episódios de choro; recebeu apoio psicológico e adaptações educacionais na escola, que não aproveitou plenamente.

O contexto escolar era desfavorável de saída: ela entrou num sistema com calendário, organização e critérios de avaliação diferentes dos que conhecia, num ponto do percurso em que o conteúdo já era mais avançado. Os professores a descreviam como **dedicada e esforçada**, apontando a falta de base de conteúdo como a dificuldade principal.

Ela lia a mesma situação de outro jeito: culpava-se por ter escolhido permanecer no nível em que estava, quando havia a opção de recuar um ano — e se via como **uma farsa**.

O que melhorou por mudança de contexto

A primeira fase da terapia foi descrita como “apagar incêndio”: ela chegava às sessões muito sensibilizada, morando num arranjo com pouca privacidade. Depois de uma mudança que reduziu o número de pessoas na casa e trouxe uma rotina menos intensa, ela passou a chegar menos ativada.

Um dado que vale registrar

Parte relevante da melhora inicial veio de **alteração de contexto**, não de técnica. Privacidade e rotina menos sobrecarregada mudaram a linha de base — e só a partir daí o trabalho clínico pôde deixar de ser contenção. Vale lembrar disso antes de atribuir a estabilização a uma intervenção específica.

A crença de ser uma farsa

O trabalho terapêutico se organizou em torno de metas de estudo irreais, expectativa altíssima de desempenho e um **foco atencional intenso no negativo**. A régua era severa a ponto de ela se considerar uma farsa se *não realizasse uma tarefa com a motivação ideal* — não bastava fazer; era preciso querer fazer do jeito certo.

Ao longo do processo de flexibilização, emergiram lembranças de infância que ajudaram a explicar de onde vinha aquela palavra. Entre elas, **experiências de violência sofridas quando ela era muito pequena**, que deixaram a sensação de ser uma farsa e de estar suja. E uma memória de sentir-se **inconveniente** numa atividade extracurricular, que a levou a regular excessivamente o próprio comportamento e a atribuir as dificuldades escolares a problemas de conduta — e não de conteúdo.

O reenquadre que a supervisão propôs

A tentação é focar em **deslocar a culpa** — dizer que ela não teve responsabilidade pelo que sofreu. Necessário, mas insuficiente. O trabalho mais potente é mostrar **como a experiência moldou historicamente a sensação de ser uma farsa**.

E há uma chave semântica que abre isso: *farsa* implica **enganar de propósito**. A palavra gruda porque ela guardou segredo — e passou a ler o próprio silêncio como engano deliberado. Manter segredo, porém, é das consequências mais comuns e mais bem descritas da violência sofrida na infância, muitas vezes induzida por quem a praticou. Não é engano: é efeito.

Uma intervenção já realizada e bem escolhida: o uso do **boletim** para demonstrar concretamente que a dificuldade era de conteúdo, e não comportamental. A procrastinação, por sua vez, foi ligada ao **medo de ser vista estudando** — e de, com isso, ser considerada uma farsa por não ser tão inteligente quanto os outros.

Vale nomear o parentesco: essa é a estrutura clássica do **fenômeno do impostor** — sucesso atribuído a esforço ou sorte, com medo constante de ser desmascarado. Reconhecer o padrão ajuda a mostrar à paciente que ele não é exclusividade dela.

Deslocar a responsabilidade sem deixar buraco

Contexto sociocultural

Foi proposto explicar o *self* a partir do contexto — deslocando a responsabilidade da paciente para o ambiente e para os adultos que deveriam tê-la protegido. E há um agravante contextual atual: um ambiente cultural mais formal e mais exigente quanto a regras vinha **refinando um self já autocrítico**, em vez de afrouxá-lo. Somado ao estresse de adaptação a um país novo, o quadro se sustentava sozinho.

A analogia do repertório

Para explicar por que ela não podia ser responsabilizada, a estratégia foi usar **analogias sobre falta de repertório**: uma criança pequena diante de uma situação que não tem meios de compreender não dispõe da consciência crítica necessária para avaliá-la — e, portanto, não pode ser cobrada por ela.

A terapeuta já vinha usando um recurso desse tipo com bom efeito: comparou a situação à de uma criança pequena da família com uma condição crônica de saúde, para questionar se seria justo cobrar dessa criança consciência sobre algo que ela não tinha como ter. A comparação flexibilizou a autocrítica.

Normalizar a carência

Um achado importante: ela **luta contra os próprios sentimentos de carência** e evita envolvimento afetivo, porque associa a carência aos episódios difíceis do passado — inclusive a um contato inadequado ocorrido por meio digital quando era criança, pelo qual também se culpa. É um conflito com o *self* imperfeito: sentir necessidade de afeto virou, para ela, prova de que há algo errado consigo.

A intervenção, dita com clareza

Normalizar a carência como necessidade humana, ligando-a à perda do pai e à necessidade de proteção que qualquer pessoa tem — e mais ainda quem perdeu cedo uma figura de cuidado.

E, sobre o contato ocorrido na infância, o mesmo princípio que vale para tudo neste caso: **a responsabilidade é do adulto**. Uma criança que buscava afeto não é responsável pelo que um adulto fez com essa busca.

Também foi usada, com bons resultados, a **técnica da cadeira** — para ajudá-la a perdoar a criança que ela foi.

Trabalhar a palavra: o que é uma farsa

Uma tarefa concreta e elegante saiu da supervisão: pedir que a paciente **defina “farsa” com as próprias palavras** — a definição que o cérebro dela usa —, e depois compare com a **definição do dicionário**.

Feita a comparação, avaliar o comportamento dela à luz das duas. O objetivo é mostrar que a autoavaliação é mais uma **sensação, culturalmente induzida e historicamente construída**, do que uma descrição da realidade.

Por que isso funciona melhor que discutir evidência

Discutir se ela é ou não uma farsa aceita o termo dela e disputa o veredito. Definir o termo muda o terreno: mostra que a palavra que ela usa **não descreve o que ela faz**. É reestruturação operando sobre o conceito, não sobre o conteúdo — e costuma escapar da armadilha em que o paciente se critica por “estar distorcendo”.

Comportamento gradual e monitoramento

A procrastinação foi lida como **fruto do self rígido**, e não como preguiça ou desorganização — o que muda a intervenção.

O exercício das duas vidas

Trabalhar, em termos comportamentais, a **vida que ela aparenta ter** versus a **vida que quer ter**, com foco em reduzir a sensação de ser uma farsa. É o mesmo movimento de valores visto no encontro sobre processos motivacionais, adaptado à idade e ao caso.

Começar pelo que não é aversivo

- Ψ **Iniciar com tarefas de baixo custo**, fora do contexto escolar aversivo — ler ou organizar livros que ela goste, por exemplo.
- Ψ **Aumentar a dificuldade gradualmente**, e não por salto.
- Ψ **Monitorar o desempenho** ao longo do tempo, com registro.

O monitoramento tem função específica aqui, e não é burocracia: ele permite que ela veja os ganhos de forma **agregada**. Para alguém com foco atencional preso ao negativo, o gráfico faz o que a memória não faz — mostra a série inteira em vez do último ponto. É por aí que a autoeficácia e a autoimagem melhoram.

Perspectiva de tempo, e a conta da repetição

Dois recursos de enquadramento fecharam a discussão. Um **exercício de linha do tempo**, mostrando que, mesmo com os erros que ela atribui a si, ainda há muito tempo pela frente para construir a vida que deseja. E um exemplo de autorrevelação — a dança foi o usado — para deixar claro que **qualidade vem de milhares de repetições, não de talento nato**. Quem ainda não repetiu o suficiente não é uma farsa: é alguém no começo.

Uma correção de leitura, e o que fica

Há um momento da supervisão que vale destacar por si.

A terapeuta observou que a paciente tem repertório e consegue questionar os próprios pensamentos, mas ainda tem dificuldade de aplicar as estratégias na prática — e interpretou isso como **“uma escolha para não se ajudar”**.

O reenquadre

A leitura devolvida foi outra: para a idade dela, **o self é muito rígido**, e a dificuldade de aplicar é efeito dessa rigidez — não recusa de melhorar.

A distinção não é sutil. Ler a não adesão como escolha devolve culpa a alguém cujo problema central é justamente se culpar de tudo — e faz o terapeuta repetir, dentro da sessão, a operação que adoece a paciente. É a mesma advertência que o capítulo sobre aceitação faz a respeito da palavra “resistência”: o rótulo cria distância e transfere ao paciente uma responsabilidade que é da transação.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Trabalhe a palavra, não só a evidência.** Definir o termo que o paciente usa costuma render mais que discutir se ele é verdadeiro.
- Ψ **Deslocar culpa não basta.** Explique como a experiência produziu a crença — senão o alívio não se sustenta.
- Ψ **Segredo não é engano.** Guardar silêncio sobre violência sofrida na infância é efeito comum, frequentemente induzido — e nomear isso desmonta a acusação que o paciente faz a si.
- Ψ **Normalize a necessidade de afeto** em quem aprendeu a tratá-la como defeito.
- Ψ **Monitore de forma agregada.** Quem tem foco preso no negativo precisa ver a série, não o último ponto.
- Ψ **Cuidado com “ele não quer se ajudar”.** Quase sempre é rigidez, medo ou falta de repertório — e o rótulo custa o vínculo.

Referências

1. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
2. Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34.
3. Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241–247.
4. Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79–92.
5. Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.
6. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
7. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
8. London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194–226.
9. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve regular practice*. Guilford Press.
10. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo com **desidentificação ampliada**, por envolver uma adolescente. Foram removidos ou substituídos: idade, país e cidade de origem e de destino, calendário e sistema escolar, arranjo de moradia, composição familiar detalhada, atividades específicas, plataformas citadas e marcadores temporais que permitissem reconstruir a trajetória. As experiências de violência sofridas na infância são referidas **apenas pela função que cumprem na formulação**, sem tipo, idade, circunstância ou detalhe de qualquer natureza — nenhum deles acrescentaria ao raciocínio clínico, e todos aproximariam da identificação. Três acréscimos foram feitos ao que a supervisão discutiu. Primeiro: a manutenção de segredo é consequência bem descrita da violência sofrida na infância, frequentemente induzida por quem a pratica — informação que sustenta diretamente o trabalho sobre a palavra “farsa”. Segundo: o padrão descrito corresponde ao **fenômeno do impostor**, e nomeá-lo ajuda a mostrar à paciente que não é caso isolado. Terceiro: o estresse de aculturação foi explicitado como fator contextual. A leitura da terapeuta de que a dificuldade de aplicar as estratégias seria “uma escolha para não se ajudar” está registrada porque a **correção dela é o ponto formativo** do encontro, e não para expor quem a formulou. Os assuntos operacionais 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.

Pedi ao paciente que definisse, com as próprias palavras, o termo que ele usa contra si.

Expliquei como a história produziu a crença, e não apenas que a culpa não é dele.

Nomeei o segredo como efeito da violência, e não como engano deliberado.

Atribuí a responsabilidade ao adulto, de forma explícita e repetida.

Normalizei a necessidade de afeto em vez de tratá-la como tema secundário.

Verifiquei se parte da melhora veio de mudança de contexto, e não de técnica.

Comecei pelas tarefas de menor custo, fora do contexto aversivo.

Montei um registro que mostra os ganhos de forma agregada.

Checei se estou lendo dificuldade de aplicar como recusa de melhorar.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. Que palavra um paciente seu usa contra si mesmo? Como você trabalharia a definição dela?

2. Explique, para um caso seu, como a história produziu a crença — sem apenas dizer que a culpa não é dele.

3. Como você abordaria, com um paciente adulto, a culpa que ele carrega por ter guardado segredo na infância?

4. Que paciente seu trata a própria necessidade de afeto como defeito? Como você normalizaria isso?

5. Que parte da melhora de um caso seu veio de mudança de contexto, e não do que você fez?

6. Que primeira tarefa de baixo custo você proporia a um paciente que evita o contexto inteiro?

7. Em que caso você pensou “ele não quer se ajudar”? Que leitura alternativa cabe ali?

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 palavra um paciente seu usa contra si mesmo? Como você trabalharia a definição dela?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta trabalha a **definição do termo**, e não o veredito: pedir que o paciente defina a palavra com as próprias palavras, comparar com a definição do dicionário e avaliar o comportamento dele à luz das duas. Isso muda o terreno — mostra que a palavra não descreve o que ele faz — e escapa da armadilha de ele se criticar por “estar distorcendo”.

2. Explique, para um caso seu, como a história produziu a crença — sem apenas dizer que a culpa não é dele.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta faz mais do que deslocar a culpa: explica **como** a experiência produziu a crença, encadeando história, contexto e repertório disponível na época. Deslocar culpa sem explicar origem alivia na hora e não sustenta.

3. Como você abordaria, com um paciente adulto, a culpa que ele carrega por ter guardado segredo na infância?

COMENTÁRIO

O ponto central é que **manter segredo é consequência** da violência sofrida na infância, frequentemente induzida por quem a praticou — não é engano deliberado. Isso importa porque a palavra “farsa” implica enganar de propósito, e é justamente por aí que ela gruda em quem guardou silêncio. Nomear o segredo como efeito, e não como escolha, desmonta a acusação que o paciente faz a si.

4. Que paciente seu trata a própria necessidade de afeto como defeito? Como você normalizaria isso?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta **normaliza a necessidade de afeto** como necessidade humana, ligando-a à história da pessoa — perdas, ausências, necessidade de proteção — em vez de tratá-la como fragilidade. E reafirma o princípio: quando um adulto se aproveitou dessa busca, a responsabilidade é dele.

5. Que parte da melhora de um caso seu veio de mudança de contexto, e não do que você fez?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta exige honestidade. Uma boa resposta identifica ganho vindo de **mudança de contexto** — privacidade, rotina, rede, redução de sobrecarga — e reconhece o que isso implica: parte da estabilização não foi produzida por técnica, e atribuí-la à intervenção leva a conclusões erradas sobre o que funciona.

6. Que primeira tarefa de baixo custo você proporia a um paciente que evita o contexto inteiro?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta escolhe tarefa de **baixo custo e fora do contexto aversivo** — algo que ele goste, sem relação direta com a área evitada — e prevê aumento gradual, com registro. O erro comum é começar pela tarefa que importa, que é justamente a que ele evita.

7. Em que caso você pensou “ele não quer se ajudar”? Que leitura alternativa cabe ali?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e é a pergunta mais importante do material. Uma boa resposta reconhece que ler a não adesão como recusa **devolve culpa a quem já se culpa de tudo**, e oferece a leitura alternativa: rigidez do self, medo, ou falta de repertório. É a mesma advertência que se faz à palavra “resistência”.