



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

# Baixa adesão à terapia x relação terapêutica dialética

*Quando o manual não alcança a pessoa. Uma virada de  
estratégia — da psicoeducação para o vínculo — e as  
perguntas diagnósticas que precisam ficar abertas enquanto  
isso.*

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 **Psicoeducação não funciona com quem não quer estar ali.** Explicar melhor não produz adesão; a virada proposta foi trocar a postura de especialista pela construção de vínculo.
- Ψ **Compromissos pequenos, ancorados no que ela quer.** A estratégia do pé na porta parte dos projetos da própria paciente — não dos objetivos do tratamento.
- Ψ **Autorrevelação como intervenção, não como desabafo.** O terapeuta nomeia a própria dificuldade em ajudar. O alvo é criar motivação relacional onde a técnica não chega.
- Ψ **A pergunta diagnóstica precisa ficar aberta.** Dissociação, traços antissociais e características autistas produzem comportamentos parecidos — e o erro custa caro nos dois sentidos.
- Ψ **Validar potencial sem alimentar grandiosidade.** Elogiar esforço e projetos, não as consequências dos atos.

## O caso, em uma página

Mulher muito jovem, em acompanhamento há alguns meses, com dezenas de sessões realizadas. O histórico inclui **internação anterior por desregulação grave** e comportamentos autolesivos, além de forte resistência ao tratamento ambulatorial — que acontece por pressão familiar e externa, e não por escolha dela.

### Quadro

- Ψ **Diagnósticos** de transtorno de personalidade *borderline*, transtorno do espectro autista com baixa necessidade de suporte, e traços de personalidade antissocial.
- Ψ **Falhas de adesão** ao acompanhamento médico e medicamentoso, apesar da intervenção de vários psiquiatras.
- Ψ **Desregulação emocional severa**, inversão do ciclo sono-vigília e uso abusivo de álcool.
- Ψ **Condutas de risco**, incluindo comportamentos de perseguição a um ex-parceiro, agressões físicas e situações de alto risco em via pública.
- Ψ **Responsabilização judicial** por danos causados a terceiros, sem demonstração de arrependimento ou autocrítica.

### O contexto que mantém

A história é marcada por um **ambiente permissivo**, com cuidadores que não impuseram limites nem consequências. Hoje, familiares seguem habilitando as condutas. A terapeuta pondera sobre a

necessidade de internação; a família recusa a via voluntária e prefere **esperar por uma nova crise**.

O que a terapeuta observou, e é o ponto de partida

A paciente **usa a terapia como validação superficial**, sem engajamento com mudança: responde quando é do seu interesse, e recorre ao “não lembro” ou à desregulação como forma de escapar da responsabilização. Não é falta de inteligência nem de recursos — é uma relação com o tratamento que ainda não é de tratamento.

## A pergunta diagnóstica que precisa ficar aberta

Boa parte da discussão foi ocupada por uma questão difícil: as condutas agressivas e o baixo senso de realidade são **manifestações dissociativas** ligadas ao quadro *borderline*, ou refletem **traços antissociais**?

A especialista convidada trouxe um alerta pertinente: pacientes com traços antissociais podem **emular sintomas dissociativos** para se esquivar de responsabilidades. E complementou com uma leitura da própria relação: a paciente pode estar usando o *setting* para controlar cuidadores e terapeuta, posicionando-se como vítima para não se engajar com a mudança.

O erro simétrico, que vale registrar

A advertência é útil e precisa vir com o seu contrário. **Dissociação é frequente e genuína em pacientes com transtorno da personalidade *borderline*** (Korzekwa et al., 2009), e ler como manipulação uma resposta dissociativa real produz invalidação — que é exatamente o mecanismo que agrava esse quadro.

Some-se a isso a sobreposição fenotípica entre **condições do espectro autista e transtorno *borderline*** (Dudas et al., 2017): dificuldades de reciprocidade, de leitura social e de expressão afetiva podem ser lidas como frieza ou cálculo quando não são. Num caso com os três elementos na mesa, a hipótese que se fecha cedo é a que erra.

A conduta que decorre disso não é escolher, e sim **observar sob condições** — que foi, de fato, o que a supervisão propôs adiante ao orientar o monitoramento da resposta da paciente à autorrevelação.

## Risco e coordenação — acréscimo deste material

### Sinalizando o acréscimo

A supervisão concentrou-se na estratégia relacional. Esta seção curta cobre a camada de risco, que não foi discutida e que num caso com histórico de internação, autolesão, uso abusivo de álcool e condutas de alto risco não pode ficar implícita.

- Ψ **Avaliação de risco periódica e registrada**, distinta da formulação de processos — e revista quando o quadro muda, não só quando há crise.
- Ψ **Critérios de internação combinados antecipadamente** com a paciente, com a família e com a psiquiatria: o que caracteriza a necessidade, quem aciona, por qual via. Esperar a próxima crise para decidir é decidir no pior momento possível.
- Ψ **Coordenação com a psiquiatria** como parte do plano, e não como encaminhamento paralelo — sobretudo num caso em que a não adesão medicamentosa é central.
- Ψ **Plano de crise por escrito**, acessível à paciente e a quem convive com ela.
- Ψ **Limites do terapeuta que atende sozinho**. A DBT prevê equipe de consultoria justamente para casos assim; atender caso de alto risco isoladamente é fator de desgaste e de erro.

Nada disso concorre com a estratégia relacional descrita adiante. São camadas simultâneas: o vínculo é o que torna o tratamento possível, e o manejo de risco é o que mantém a paciente viva enquanto o vínculo se constrói.

## A virada: abandonar a psicoeducação

A recomendação mais clara do encontro: **abandonar a psicoeducação tradicional**, que se mostrou ineficaz para este perfil, e concentrar o esforço em fortalecer a relação terapêutica.

Faz sentido pela análise anterior. Se a paciente está em tratamento por pressão externa e usa a sessão como validação, explicar melhor não muda nada — o problema não é falta de informação. A postura de especialista, aqui, alimenta justamente a dinâmica de controle que se quer evitar.

### Autorrevelação como intervenção

A proposta concreta: a terapeuta usar a **autorrevelação genuína** para expressar as limitações que enfrenta ao tentar ajudar — nomear a própria dificuldade diante da ausência de adesão, de coração para coração.

O objetivo é criar uma **motivação relacional**: que a paciente considere a medicação não por imposição técnica, mas pelo vínculo. Para quem responde mal a autoridade e bem a interesse próprio, é uma das poucas portas abertas.

#### O critério que separa intervenção de desabafo

A autorrevelação do terapeuta tem alguma sustentação empírica quando é **breve, dirigida ao paciente e a serviço do trabalho** — e não quando transfere a ele o cuidado com o estado emocional de quem atende (Henretty & Levitt, 2010). A diferença prática é simples de checar: depois da fala, quem fica responsável por consolar quem?

### Monitorar a resposta

A orientação seguinte é o que transforma isso em método: **observar como a paciente responde**.

- Ψ Se houver **empatia emocional**, usar isso para aprofundar o trabalho.
- Ψ Se a resposta for de **empatia fria**, apenas cognitiva, **registrar sem confrontar** — e esperar o momento em que houver vínculo estruturado o bastante para sustentar o confronto.

Repare que isso também é o teste diagnóstico da seção anterior, feito na prática em vez de na discussão.

## Compromissos pequenos e validação sem grandiosidade

### Pé na porta

A estratégia sugerida é a do **pé na porta** — obter compromissos pequenos, ancorados nos **próprios desejos da paciente**: morar sozinha, cursar o que a interessa. É uma técnica clássica de comprometimento gradual (Freedman & Fraser, 1966), incorporada às estratégias de *commitment* da DBT.

O ponto crítico é a âncora. Metas colaboradas a partir do que ela quer não disparam a sensação de estar sendo controlada — que é o gatilho confiável de resistência neste caso. Metas do tratamento, apresentadas como tais, disparam.

### Validar potencial, não consequência

#### Uma distinção fina e importante

Validar as potencialidades da paciente — sonhos, inteligência, projetos — **sem reforçar grandiosidade**. Na prática: elogiar o **esforço e os objetivos**, e não as consequências dos atos.

É a diferença entre reconhecer alguém e admirá-la pelo que ela fez de errado sem se abalar. A primeira constrói alavanca; a segunda alimenta exatamente o traço que preocupa.

## Os dois caminhos

Foi proposto um exercício de valores derivado da ACT: construir com a paciente **dois caminhos** — o atual, com os problemas que ele acumula e a inscrição que renderia numa lápide, e o caminho que ela desejaria viver. O objetivo é alinhar expectativas de vida e dar a ela um critério próprio de comparação.

Vale a mesma cautela de qualquer exercício confrontativo: com vínculo insuficiente, ele vira acusação. Com vínculo, vira espelho.

## Sem protocolo fixo

O encerramento reforçou algo que atravessa toda a discussão: **não existe protocolo fixo** para este caso. A orientação foi confiar na própria sensibilidade clínica e ajustar conforme a resposta da paciente — o que, dito de outro jeito, é a definição de prática baseada em processos aplicada a um caso em que os manuais não alcançam.

## O que fica para a sua clínica

- Ψ **Quando a psicoeducação não pega, o problema não é a explicação.** Verifique de quem é o objetivo do tratamento.
- Ψ **Ancore compromissos no que o paciente quer**, não no que você quer para ele.
- Ψ **Autorrevelação é intervenção se for breve e a serviço dele.** Cheque quem consola quem depois.
- Ψ **Não feche a hipótese diagnóstica cedo.** Dissociação, traços antissociais e características autistas produzem comportamentos parecidos — e o erro invalida ou desprotege.
- Ψ **Elogie esforço e projeto, nunca a consequência do ato.**
- Ψ **Combine critérios de crise antes da crise.** Decidir internação no meio de um episódio é decidir no pior momento.
- Ψ **Caso de alto risco pede equipe.** Atender sozinho é fator de erro, não de mérito.

## Referências

1. Dudas, R. B., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 12(9), e0184447.
2. Freedman, J. L., & Fraser, S. C. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(2), 195–202.
3. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
4. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
5. Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63–77.

6. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Plenum Press.
7. Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 346–367.
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. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
11. Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112.

#### NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados ou removidos: idade exata, datas e número de sessões, valores de condenação, medida de funcionamento intelectual, projetos específicos da paciente, composição familiar e circunstâncias dos episódios. O histórico de internação e de comportamentos autolesivos é referido de forma sumária, **sem descrição de métodos ou episódios**. Um dado de saúde referente a acompanhamento médico continuado foi generalizado para “acompanhamento médico”, por não ser necessário ao raciocínio clínico e por ser fortemente identificador.

Dois acréscimos foram feitos. Primeiro: a seção sobre **risco e coordenação de cuidado**, ausente da discussão, e que num caso com esse histórico não pode ficar implícita. Segundo: ao alerta — pertinente — de que traços antissociais podem levar à emulação de sintomas dissociativos, foi acrescentado o **erro simétrico**: dissociação genuína é frequente no transtorno da personalidade *borderline*, e há sobreposição fenotípica documentada entre condições do espectro autista e esse quadro, de modo que dificuldades de reciprocidade e de expressão afetiva podem ser lidas como cálculo quando não são. Ler resposta dissociativa real como manipulação produz invalidação, que é justamente o mecanismo que agrava o quadro. As duas leituras precisam permanecer abertas.

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.

Verifiquei de quem é o objetivo do tratamento antes de insistir em psicoeducação.

Ancorei os compromissos nos projetos do próprio paciente.

Usei autorrevelação breve e a serviço dele — e checei quem ficou consolando quem.

Registrei a resposta à autorrevelação em vez de confrontá-la de imediato.

Mantive mais de uma hipótese diagnóstica aberta diante de comportamentos ambíguos.

Considere sobreposição com características autistas antes de ler frieza como cálculo.

Elogiei esforço e objetivos, e não as consequências dos atos.

Combinei critérios de crise e de internação antes da próxima crise.

Busquei equipe ou consultoria em vez de sustentar o caso sozinho.

## MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

# Para revisar — resposta

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

**1. Que paciente seu está em terapia por pressão de outra pessoa? Como isso muda o que é possível fazer?**

**2. Que compromisso pequeno, ancorado num desejo do paciente, você poderia negociar amanhã?**

**3. Escreva uma autorrevelação possível para um caso seu — e cheque se ela serve a você ou a ele.**

**4. Que comportamento de um paciente seu você leu como manipulação? Que outras leituras cabem?**

**5. Como você distinguiria empatia emocional de empatia cognitiva numa sessão?**

**6. Que elogio você já fez que pode ter reforçado o padrão em vez do esforço?**

**7. Os critérios de crise dos seus casos graves estão combinados por escrito? Com quem?**

# 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 paciente seu está em terapia por pressão de outra pessoa? Como isso muda o que é possível fazer?

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que, quando o objetivo do tratamento é **de outra pessoa**, psicoeducação não produz adesão — o problema não é falta de informação. O que passa a ser possível é construir vínculo e negociar compromissos pequenos ancorados no que o próprio paciente quer.

## 2. Que compromisso pequeno, ancorado num desejo do paciente, você poderia negociar amanhã?

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa. O critério é a **âncora**: o compromisso precisa partir de um desejo declarado pelo paciente, não de uma meta do tratamento. Metas apresentadas como do tratamento disparam a sensação de estar sendo controlado, que é o gatilho confiável de resistência nesses casos.

## 3. Escreva uma autorrevelação possível para um caso seu — e cheque se ela serve a você ou a ele.

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa autorrevelação é **breve, dirigida ao paciente e a serviço do trabalho** — nomear a própria dificuldade em ajudar diante da não adesão. O teste é simples e está no material: depois da fala, quem fica responsável por consolar quem? Se for o paciente, virou desabafo.

## 4. Que comportamento de um paciente seu você leu como manipulação? Que outras leituras cabem?

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é a mais importante do material. Uma boa resposta oferece **leituras alternativas** à manipulação: dissociação genuína, que é frequente no quadro *borderline*; características do espectro autista, cuja dificuldade de reciprocidade e de expressão afetiva pode ser lida como frieza; ou repertório de esquiva aprendido. Ler dissociação real como manipulação produz invalidação, que agrava o quadro.

## 5. Como você distinguiria empatia emocional de empatia cognitiva numa sessão?

### COMENTÁRIO

**Empatia emocional** envolve ressonância afetiva — algo muda no estado do paciente, no tom, no ritmo, na expressão. **Empatia cognitiva** ou fria é o reconhecimento intelectual do que o outro sente, sem essa mudança. Na prática da supervisão, a distinção serve como teste: se a resposta à autorrevelação for apenas cognitiva, registra-se sem confrontar e espera-se vínculo suficiente para sustentar o confronto.

## 6. Que elogio você já fez que pode ter reforçado o padrão em vez do esforço?

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é de autocrítica. Uma boa resposta reconhece a diferença entre elogiar **esforço e objetivos** e admirar as **consequências dos atos** — a segunda alimenta grandiosidade justamente onde ela preocupa. Vale identificar um elogio concreto e o que ele pode ter reforçado.

## 7. Os critérios de crise dos seus casos graves estão combinados por escrito? Com quem?

### CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta admite o estado atual com honestidade e reconhece o princípio: **decidir internação no meio da crise é decidir no pior momento possível**. Critérios combinados antecipadamente, por escrito, com o paciente, a família e a psiquiatria — e um plano de crise acessível a quem convive com ele.