



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Desconfiança e intolerância à incerteza

Um caso de anos, ainda sem clareza sobre o que o paciente quer da vida. A supervisão troca a caçada diagnóstica por duas perguntas mais simples — o que dói, e para onde ele quer ir.

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 **Motivação aversiva não constrói vida.** Ele age para evitar julgamento e sensação de inferioridade, não em direção a algo que valorize. Por isso o movimento não acumula.
- Ψ **A desconexão está sendo construída ativamente.** Desconfiança e impulsividade produzem o isolamento que depois confirma a crença de que não dá para confiar em ninguém.
- Ψ **Depois de anos, ainda não se sabe o que ele espera da vida.** Isso não é falha do paciente — é o dado clínico mais importante do caso, e define a próxima etapa.
- Ψ **Diagnóstico diferencial não se resolve na conversa.** Com quadros que se confundem, avaliação estruturada coleta o que a verbalização não entrega — sem exigir exposição imediata.
- Ψ **Não entregue a solução pronta.** Com paciente ruminativo, dar respostas fechadas alivia na hora e reforça o padrão. Descobrir junto é a intervenção.

O caso, em uma página

Homem jovem, universitário em curso de alta exigência, acompanhado pela mesma terapeuta há cerca de quatro anos — com **abandono intermitente**: costuma se afastar quando melhora, e encerrou o processo anterior por mensagem, alegando desconforto para tratar de certos temas justamente por causa do vínculo.

Quadro e história

- Ψ **Perfil controlador e perfeccionista**, com expectativas elevadas sobre o próprio desempenho e sobre a vida.
- Ψ **Pensamentos intrusivos e repetitivos**, com suspeita de TOC — embora compulsões claras não tenham sido identificadas.
- Ψ **Adesão irregular ao tratamento psiquiátrico**: houve período em que mentiu sobre estar tomando a medicação, com melhora evidente quando passou a segui-la corretamente.
- Ψ **Família pouco suportiva**, com exclusão relacionada à sua orientação sexual; apoio emocional escasso de ambos os lados.
- Ψ **Trajetória acadêmica instável** — já trancou o curso durante uma crise e planeja transferência para uma instituição menos exigente.

O formato das crises

Um padrão descrito com precisão: as crises **escalam**. Começam em questionamentos técnicos da própria área, passam para desconfiança da ciência e terminam em dúvidas existenciais e queda de autoconfiança. Fora dos episódios, a funcionalidade é alta.

Onde está a vitalidade

Ele encontra satisfação e motivação genuínas dando aulas para crianças — vê ali um ambiente seguro e uma oportunidade de devolver afeto. É o contraste mais informativo do caso: onde não há avaliação de desempenho sobre ele, ele funciona e se conecta.

A leitura: motivação aversiva

A hipótese que organiza o caso: a motivação dele é **aversiva**. O comportamento é mantido por reforçamento negativo — evitar julgamento social, evitar a sensação de inferioridade — e não por um valor de vida que ele esteja perseguindo.

Isso explica por que o movimento não acumula. Quem age para escapar de algo para quando o desconforto cede; quem age em direção a algo continua. E explica também o abandono intermitente da terapia: **ele se afasta quando melhora** — o que é exatamente o que se espera de um comportamento mantido por alívio.

A intolerância à incerteza

As dúvidas sobre a ciência, trazidas de forma recorrente à sessão, foram lidas como forma de lidar com a incerteza — e não como interesse epistemológico. Os comportamentos de esquiva completam o quadro: repetir os mesmos documentários, os mesmos jogos, dormir em excesso.

Repetição é previsibilidade. Para quem não tolera não saber, o repertório estreito não é falta de imaginação — é estratégia.

O ciclo relacional

Há um descompasso entre o **desejo de conexão genuína** e o padrão de busca por encontros casuais em aplicativos, que gera vazio e desvalorização. E um histórico de relacionamentos curtos, encerrados a partir de ironia e hostilidade — descritas por um parceiro anterior como humilhantes.

A formulação mais dura, e a mais útil

Ele pode estar **construindo ativamente a desconexão** — pela desconfiança e pela impulsividade — e assim perpetuando a própria solidão. Não é acusação: é o tipo de leitura que devolve agência. Se o isolamento é produzido, ele pode ser desfeito; se fosse só destino, não haveria o que fazer.

Vale acrescentar o que a supervisão não nomeou: **a exclusão familiar relacionada à orientação sexual é fator de estresse de minoria**, com efeito documentado sobre saúde mental (Meyer, 2003). Ler a desconfiança apenas como traço, sem esse contexto, empobrece a formulação — parte da vigilância dele foi aprendida onde deveria haver acolhimento.

Diagnóstico diferencial: o que fazer com a névoa

A discussão levantou várias hipóteses concorrentes — confusão entre bipolaridade e transtorno de personalidade *borderline*, traços obsessivo-compulsivos de personalidade, traços de *cluster B* pela impulsividade e instabilidade relacional, e traços paranoides, sugeridos pelo padrão crônico de desconfiança e pela crença de que os outros agem para prejudicá-lo.

O que fazer quando as hipóteses se multiplicam

A resposta da supervisão não foi escolher uma. Foi **parar de tentar decidir pela conversa** e coletar dados de outro jeito: escalas e testes estruturados, que trazem informação além da verbalização — e que têm uma vantagem clínica específica aqui, porque **não exigem que ele se exponha de imediato**. Para quem mantém a terapia na superfície, o instrumento entra por outra porta.

Entre os recursos discutidos, um questionamento direto sobre desconfiança, com escala de 0 a 10, aplicado preferencialmente de forma presencial — o suficiente para dimensionar o padrão de suspeita em vez de deduzi-lo.

E vale registrar o princípio: com hipóteses concorrentes e paciente que se protege, insistir na entrevista é gastar sessão. O instrumento não substitui a escuta — desobstrui.

A prioridade: mapear sofrimento e vida ideal

O grupo chegou a uma conclusão desconfortável e honesta: depois de anos de acompanhamento, **não há clareza sobre o que o paciente espera da vida**. Sofrimento e objetivos permanecem confusos para a terapia.

Isso reorienta o plano. Antes de tratar sintoma, duas tarefas:

Ψ **Mapear o sofrimento** — identificar os focos de maior angústia, com dados e não só com relato.

Ψ **Mapear a vida ideal** — o que ele quer, dito por ele, em termos concretos.

É a mesma lógica do encontro sobre processos motivacionais: sem saber para onde a pessoa quer ir, não há como avaliar se um comportamento a aproxima ou a afasta. E num caso movido por evitação, essa é justamente a informação que nunca foi coletada — porque nunca precisou ser, enquanto o alvo era fugir.

A terapia mantida na superfície

A terapeuta observou que ele mantém a terapia em nível superficial: fala de temas acadêmicos e evita relacionamentos. As dúvidas científicas ocupam o espaço.

Aqui a supervisão foi específica quanto ao manejo: **não dar respostas prontas nem “consertar” o problema**. Responder à dúvida entrega alívio imediato e reforça a ruminação — o mesmo mecanismo discutido no encontro sobre processos cognitivos. A saída é descobrir junto, sustentando a incerteza dentro da sessão em vez de dissolvê-la.

A relação terapêutica como laboratório

O foco de intervenção proposto é usar a **própria relação terapêutica para modelar conexão saudável** — encorajando-o a falar sobre o medo de se entregar e sobre a falta de confiança, dentro do vínculo em que isso está acontecendo.

Há um detalhe do caso que torna isso quase obrigatório: ele encerrou o processo anterior **alegando desconforto para tratar de certos temas por causa do vínculo**. Ou seja, a relação não é só o instrumento — é onde o problema aparece. Um paciente que se afasta quando o vínculo aperta está trazendo o material principal para dentro da sala.

O que isso exige do terapeuta

Sustentar a relação sem forçar profundidade, e nomear o afastamento quando ele começar — não depois. Rupturas nesse tipo de caso são previsíveis, e a reparação é parte do tratamento, não conserto de erro.

Onde procurar valores

Vale voltar ao dado mais luminoso do caso: **ele funciona bem dando aulas para crianças**, em ambiente que percebe como seguro e onde pode devolver afeto. Não é hobby — é a única área descrita em que ele se conecta sem avaliação de desempenho pesando.

Se o mapeamento de vida ideal precisa começar em algum lugar, começa ali.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Pergunte se a motivação é para longe ou para perto**. Comportamento mantido por alívio para quando o alívio chega — e isso explica o abandono da terapia.
- Ψ **Repetição costuma ser gestão de incerteza**, não falta de repertório.
- Ψ **Quando as hipóteses diagnósticas se multiplicam, mude o método de coleta** em vez de insistir na entrevista.

- Ψ **Instrumento é porta lateral** para quem se protege da exposição direta.
- Ψ **Não responda à dúvida do paciente ruminativo.** Sustente a incerteza junto com ele.
- Ψ **Não saber o que o paciente quer da vida, depois de anos, é um achado** — e é o próximo alvo, não um fracasso a esconder.

Referências

1. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43.
2. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
3. Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331–347.
4. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
6. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Plenum Press.
7. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890.
8. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
9. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
10. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
11. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados ou removidos: idade, curso e instituição, medicação nomeada, plataformas citadas e a origem específica do apoio financeiro. A menção à orientação sexual foi **mantida** por ser clinicamente indispensável — a exclusão familiar por esse motivo é parte da história que produziu o quadro —, e por isso o texto acrescenta o que a supervisão não nomeou: trata-se de **estresse de minoria**, com efeito documentado sobre saúde mental (Meyer, 2003). Ler a desconfiança apenas como traço, sem esse contexto, seria formulação incompleta. As hipóteses diagnósticas concorrentes são apresentadas como hipóteses; nenhuma foi fechada em supervisão, e a conduta proposta foi justamente coletar dados antes de decidir. 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 se a motivação do paciente é aversiva ou dirigida a valores.

Investiguei se o abandono da terapia coincide com a melhora — e o que isso diz sobre a função do tratamento para ele.

Li a repetição e a esquiva como gestão de incerteza, e não como falta de iniciativa.

Considereei fatores de estresse de minoria antes de ler a desconfiança apenas como traço.

Troquei o método de coleta quando a entrevista deixou de produzir clareza diagnóstica.

Resisti a dar resposta pronta para a dúvida trazida à sessão.

Nomeei o afastamento na relação terapêutica quando ele começou.

Mapeei, com o paciente, o que ele quer da vida — em termos concretos e ditos por ele.

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 se afasta quando melhora? O que isso diz sobre a função da terapia para ele?

2. Diferencie, num caso seu, comportamento mantido por alívio de comportamento dirigido a valores.

3. Como você usaria um instrumento estruturado com alguém que evita se expor na conversa?

4. Quando você deu resposta pronta a uma dúvida ruminativa? O que teria funcionado melhor?

5. Que contexto de vida do seu paciente pode ter ensinado a desconfiança que hoje você lê como traço?

6. Existe alguma área em que o seu paciente funciona bem sem avaliação de desempenho? O que ela revela sobre valores?

7. Você sabe o que o seu paciente mais antigo espera da vida? Se não, como perguntaria isso amanhã?

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 se afasta quando melhora? O que isso diz sobre a função da terapia para ele?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece o padrão: quem se afasta quando melhora provavelmente mantinha a terapia por **alívio**, não por um objetivo — comportamento mantido por reforçamento negativo para quando o desconforto cede. Isso muda o alvo do tratamento e explica abandonos que costumam ser lidos como alta espontânea.

2. Diferencie, num caso seu, comportamento mantido por alívio de comportamento dirigido a valores.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta mostra a diferença pelo **que acontece quando o desconforto passa**: comportamento mantido por alívio cessa; comportamento dirigido a valores continua. Vale também olhar a direção — fugir de algo versus ir em direção a algo — e reconhecer que ambos podem coexistir no mesmo paciente.

3. Como você usaria um instrumento estruturado com alguém que evita se expor na conversa?

COMENTÁRIO

O instrumento entra como **porta lateral**: coleta informação que a verbalização não entrega e não exige que o paciente se exponha de imediato. Ele não substitui a escuta — desobstrui. A regra prática é a do caso: quando as hipóteses diagnósticas se multiplicam e a entrevista deixa de produzir clareza, muda-se o método de coleta em vez de insistir.

4. Quando você deu resposta pronta a uma dúvida ruminativa? O que teria funcionado melhor?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta reconhece que responder à dúvida entrega **alívio imediato e reforça a ruminação**, e descreve a alternativa: sustentar a incerteza dentro da sessão, descobrir junto, deslocar do conteúdo para a função.

5. Que contexto de vida do seu paciente pode ter ensinado a desconfiança que hoje você lê como traço?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta considera contextos que **ensinaram vigilância** — exclusão familiar, discriminação, ambientes hostis — antes de ler a desconfiança apenas como traço. No caso discutido, a exclusão relacionada à orientação sexual configura estresse de minoria, com efeito documentado sobre saúde mental.

6. Existe alguma área em que o seu paciente funciona bem sem avaliação de desempenho? O que ela revela sobre valores?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica uma área em que o paciente funciona bem **sem avaliação de desempenho sobre ele** — no caso, dar aulas para crianças — e reconhece que ali estão pistas de valores. É por essas áreas que o mapeamento de vida ideal costuma render mais.

7. Você sabe o que o seu paciente mais antigo espera da vida? Se não, como perguntaria isso amanhã?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é desconfortável de propósito. Uma boa resposta admite que, depois de anos, pode não haver clareza sobre o que o paciente espera da vida — e trata isso como **achado clínico e próximo alvo**, não como fracasso a esconder. E formula uma pergunta concreta que possa ser feita já na próxima sessão.