



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Externalização da responsabilidade e relação terapêutica

Duas queixas que pareciam separadas vinham do mesmo lugar. E a terapeuta, sem perceber, tinha assumido para si a responsabilidade pela mudança — repetindo, na supervisão, a estrutura do caso.

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 **“Ninguém me ajuda” e “meu orientador não me ajuda” são a mesma frase.** Queixas que parecem de áreas diferentes convergem quando a responsabilidade é sempre do mundo.
- Ψ **A terapeuta tinha trazido a mudança para si.** Estava tentando provar — à paciente e à própria supervisora acadêmica — que daria conta. Isso desloca a intervenção para a autorregulação do terapeuta.
- Ψ **Processo paralelo:** a terapeuta estava na mesma posição da paciente — encerrando uma formação sob um orientador pouco acolhedor. A isomorfia explica boa parte da ativação.
- Ψ **Seis meses não resolvem uma vida — e não precisam.** Mapear a rede, validar hipóteses e entregar uma devolutiva que oriente a próxima terapia já é resultado clínico.
- Ψ **A responsabilidade é 50 e 50.** Nem o terapeuta carrega a mudança sozinho, nem se exime dela. É o único arranjo que sustenta trabalho longo.

O caso, em uma página

Mulher no fim da casa dos 30, mãe solteira, em fase final de uma pós-graduação de longa duração, trabalhando na mesma instituição em que estuda. Em atendimento há cerca de dois anos em **serviço com tempo limitado**; a terapeuta atual assumiu o caso há poucos meses e tem **seis meses até o encerramento**.

Queixas principais:

- Ψ **Solidão e ausência de rede de apoio** — inclusive percepção de que a mãe se ausenta.
- Ψ **Dificuldades interpessoais**, com atritos frequentes no trabalho.
- Ψ **Dificuldade de concluir a formação**, sob pressão e com prazos já estendidos, atribuindo a responsabilidade ao orientador.
- Ψ **Sobrecarga de papéis**: mãe, estudante, trabalhadora — somada a dificuldades financeiras e insatisfação profissional.

A terapeuta chegou à supervisão dizendo que sentia estar “patinando”, e trouxe junto um dado que se revelaria central: a **supervisora acadêmica dela duvidava da possibilidade de melhora da paciente**, e isso a havia levado a parar de acreditar no caso.

A rede: um self de vítima

A primeira leitura da supervisão foi de convergência: as duas demandas que pareciam separadas — o abandono e a formação — **vêm do mesmo lugar**. “Eu sou sozinha e não tem ninguém para me apoiar” e “meu orientador não me ajuda” são a mesma operação, aplicada a domínios diferentes.

O nome do processo

Um **self de vítima**: a crença de que o mundo tem a obrigação de providenciar algo para ela. Não é traço moral nem falta de esforço — é uma regra sobre de quem é a responsabilidade, e ela organiza tanto a leitura das relações quanto o que a paciente faz (ou deixa de fazer) diante das próprias tarefas.

A percepção de ajuda está calibrada para baixo

Um detalhe que muda a conduta: **existe apoio, e ele não é percebido como tal**. O orientador revisa o trabalho; a mãe ajuda. São formas concretas de suporte que não entram na contabilidade da paciente. A percepção de ajuda está distorcida e rebaixada — e enquanto isso permanece, cada rodada de “ninguém me ajuda” consome tempo e energia que não voltam.

Daí a proposta de trabalhar **aceitação** em relação ao apoio disponível: não convencê-la de que é bem amparada, e sim ampliar a percepção do que existe, para que ela pare de gastar o dia esperando o que não vem.

Hipóteses diagnósticas

Foram levantadas características compatíveis com **transtorno de personalidade**: rigidez, extremismo nas conclusões e déficits relacionais. Para investigar com método, e não por impressão, foi sugerido o uso de instrumentos — a *Borderline Symptom List* e o Inventário de Personalidade para o DSM-5 —, com a finalidade de mapear traços e direcionar o tratamento.

Outra hipótese, mantida como hipótese: a formação pode operar como **compensação** — provar algo, a alguém ou a si mesma. Ela foi iniciada após o fim do casamento, o que dá plausibilidade à leitura sem confirmá-la.

A contratransferência: quem assumiu a mudança

Este é o achado que reorganizou a supervisão, e ele não é sobre a paciente.

A terapeuta relatou que a paciente responde bem a estratégias básicas de organização e demonstra proatividade — mas que uma crise de choro recente a fez duvidar de si. A leitura: **ela havia trazido para si a responsabilidade pela mudança**, e estava ativada, tentando provar — à paciente e à supervisora acadêmica — que conseguiria ajudá-la.

Por que isso é um problema técnico, e não só emocional

Terapeuta ativado tende a produzir **intervenções voltadas para a própria autorregulação**, e não para o que ajudaria o paciente. A técnica escolhida passa a servir para aliviar a angústia de quem conduz. É o mesmo mecanismo que se ensina sobre o paciente, do outro lado da poltrona.

A divisão que sustenta o trabalho

A régua proposta foi explícita: **50% da responsabilidade é do terapeuta, 50% é do paciente**. Nem carregar sozinho, nem se eximir. Fora desse arranjo, o trabalho longo não se sustenta — ou o terapeuta se esgota, ou o paciente não se implica.

Abertura como intervenção

Uma sugestão de manejo que costura as duas pontas do caso: a terapeuta pode **abrir-se com a paciente** sobre a própria sensação de estar sendo responsabilizada — nomeando o desconforto e pedindo ajuda para pensar juntas.

Isso faz três coisas ao mesmo tempo. Fortalece a relação. Modela o ato de reconhecer desconforto e pedir apoio, que é justamente o repertório que falta à paciente. E devolve a ela, na prática e não no discurso, a metade da responsabilidade que lhe cabe.

O processo paralelo

Há uma isomorfia no caso que explica boa parte da ativação, e vale ser dita com todas as letras: **a terapeuta estava na mesma posição da paciente** — encerrando uma formação, sob um orientador pouco acolhedor, tentando provar valor a quem duvidava dela.

Quando essa correspondência existe, o risco não é apenas “se identificar demais”. É que o terapeuta passe a conduzir o caso para resolver a própria situação: provar que a paciente melhora vira, sem que ninguém perceba, provar que a supervisora acadêmica está errada.

Dois orientações que valem a leitura

Desativar a fusão com o resultado. Não conduzir o caso nem para provar valor, nem para internalizar a crítica recebida. Em pouco tempo, aquela relação de supervisão acadêmica terá mudado — e o caso segue sendo do paciente.

Separar o que a crítica acertou do que errou. Dizer que não há possibilidade de mudança está errado; dizer que a entrega possível dentro do prazo é limitada está certo. Distinguir as duas coisas é o que permite usar a parte útil da crítica sem engolir a parte desanimadora.

Sobre rótulos aplicados a quem supervisiona

A terapeuta havia recebido, do contexto acadêmico, uma caracterização pessoal como “rígida e controladora”. A discussão foi direta: rigidez e controle **podem** ser problemáticos quando interferem em relações e no lazer — e podem também ser apenas o modo de funcionar de alguém. O critério é o de sempre: eles atrapalham a vida dela e a relação com os pacientes, ou não?

E há um ponto de postura embutido aí, que vale para quem supervisiona: devolver um rótulo pessoal a um supervisionando não desenvolve ninguém. Validação e gentileza dialética não são delicadeza opcional — são o que permite que alguém aprenda sem se defender.

Terapia breve: o que cabe em seis meses

Com prazo curto e sobrecarga de papéis, a supervisão foi explícita quanto ao alvo: **redução de danos, não resolução da vida**. E redução de danos, aqui, tem conteúdo técnico.

O que priorizar

- Ψ **Mapear a rede com a paciente** — que ela entenda as próprias relações causais: o que vem primeiro no ambiente de estudo, pensamento ou cansaço, e como isso leva à procrastinação e depois à culpa.
- Ψ **Focar em self e comportamento** — a mudança comportamental tende a reduzir a carga biofisiológica, que por sua vez sustenta o resto.
- Ψ **Reduzir ao máximo a responsabilização externa**, para que ela possa investir no que está ao alcance.
- Ψ **Promover motivação para mudar**, que já é intervenção significativa por si só.

A regra do mínimo viável

A orientação prática mais concreta: a regra diária deve ser **fazer o mínimo possível** — o suficiente para reduzir a exaustão fisiológica e afrouxar o self fusionado com desempenho.

O planejador da paciente deve ser revisado em **lógica flexível**, com blocos de atuação — mãe, acadêmica, lazer — em vez de listas de tarefas. E criar o hábito de sentar para trabalhar **mesmo que ela fique apenas ruminando**: primeiro se equaliza a rotina, depois se cobra produção.

A irreverência a serviço da aceitação

Foi sugerido um recurso deliberadamente irreverente — algo na linha de “dane-se a tese” — para estreitar a relação e comunicar **aceitação incondicional**. A mensagem por trás não é desprezo pela formação: é que a conclusão do curso não é a prioridade da vida, e que o autocuidado dela, como pessoa, vem antes dos papéis que acumula, inclusive o de mãe. Usado dentro de vínculo, é validação; usado fora, é deboche.

A devolutiva final é entrega, não despedida

Ao fim do processo, a terapeuta deve fazer uma **devolutiva geral**, destacando os pontos-chave da rede e as áreas a serem trabalhadas na próxima terapia que a paciente procurar. Mapear o sofrimento e encaminhar para as melhores estratégias já é um feito clínico — mesmo sem a mudança completa.

E a instilação de esperança não é acessório retórico: com paciente que não acredita em mudança, e com terapeuta que parou de acreditar por influência de terceiros, ela é parte do tratamento.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Queixas de áreas diferentes podem ser o mesmo processo.** Antes de tratar duas coisas, verifique se não é uma.
- Ψ **Quando o paciente diz que ninguém ajuda, cheque a calibragem** — muitas vezes o apoio existe e não é contabilizado.
- Ψ **Se você está tentando provar alguma coisa, a intervenção já não é do paciente.** Terapeuta ativado intervém para se regular.
- Ψ **Procure a isomorfia.** Quando a sua situação espelha a do paciente, a chance de conduzir o caso pela sua necessidade sobe muito.
- Ψ **Prazo curto muda o alvo, não a qualidade.** Mapear, validar hipóteses e devolver com clareza é resultado — não é consolo.
- Ψ **Antes de cobrar produção, equalize a rotina.** Hábito primeiro, rendimento depois.

Referências

1. Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., et al. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23). *Psychopathology*, 42(1), 32–39.
2. Constantino, M. J., Vîslă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 473–485.
3. Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3ª ed.). Johns Hopkins University Press.
4. Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Goldberg, S. B. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496–507.
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. 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.
7. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
8. Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779–788.
9. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve regular practice*. Guilford Press.

10. Tracey, T. J. G., Bludworth, J., & Glidden-Tracey, C. E. (2012). Are there parallel processes in psychotherapy supervision? An empirical examination. *Psychotherapy*, 49(3), 330–343.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados ou removidos: idade exata, área e nível específicos da formação, vínculo institucional, dados sobre o filho e detalhes da situação financeira. O encontro discutiu **dois casos**; apenas este foi transformado em material. O outro — envolvendo internação, risco e questões de identidade — foi discutido brevemente e encaminhado para supervisão específica, e não reúne conteúdo suficiente para um material de estudo sem exposição desproporcional do paciente. Acrítica dirigida à supervisora acadêmica da terapeuta foi mantida apenas no que tem valor formativo: a distinção entre a parte acertada e a parte equivocada do que foi dito, e o efeito de devolver rótulos pessoais a quem está em formação. Caracterizações da pessoa não foram reproduzidas. 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 as queixas separadas do paciente não são o mesmo processo em domínios diferentes.

Checei a percepção de ajuda: existe apoio disponível que ele não está contabilizando?

Investiguei traços de personalidade com instrumento, e não só por impressão clínica.

Perguntei a mim mesmo o que estou tentando provar com esse caso, e para quem.

Procurei isomorfias entre a minha situação atual e a do paciente.

Sustentei a divisão 50/50 da responsabilidade pela mudança.

Com prazo curto, priorizei mapear a rede e preparar a devolutiva em vez de tentar resolver tudo.

Trabalhei o hábito e a regularidade antes de cobrar rendimento.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. Que duas queixas de um paciente seu podem estar vindo do mesmo processo?

2. Descreva um paciente que não contabiliza o apoio que recebe. Como você ampliaria essa percepção sem invalidar a solidão dele?

3. Em que caso você percebeu estar tentando provar alguma coisa? Para quem?

4. Existe hoje alguma isomorfia entre a sua situação de vida e a de algum paciente? Que efeito ela tem na condução?

5. Como você usaria a abertura do terapeuta como intervenção — e onde estaria o limite disso?

6. Se você tivesse seis meses e um caso complexo, o que priorizaria? O que deixaria explicitamente de fora?

7. Que crítica você recebeu em formação ou supervisão? O que nela era útil e o que era só desanimador?

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 duas queixas de um paciente seu podem estar vindo do mesmo processo?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta encontra duas queixas de **áreas aparentemente distintas** que compartilham a mesma operação — no caso discutido, “ninguém me ajuda” e “meu orientador não me ajuda”, ambas atribuindo ao mundo a responsabilidade. O teste é este: mudando o domínio, a frase continua fazendo sentido?

2. Descreva um paciente que não contabiliza o apoio que recebe. Como você ampliaria essa percepção sem invalidar a solidão dele?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que **o apoio existe e não é contabilizado**, e ataca a calibragem sem negar a experiência: validar a solidão como sentimento real e, em paralelo, ampliar a percepção do que está disponível. O erro é argumentar que ela é bem amparada — isso invalida e encerra a conversa.

3. Em que caso você percebeu estar tentando provar alguma coisa? Para quem?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta identifica o que se tentava provar e **para quem** — ao paciente, a um supervisor, a si mesmo — e reconhece a consequência técnica: terapeuta ativado produz intervenções voltadas para a própria autorregulação, e não para o que ajudaria quem é atendido.

4. Existe hoje alguma isomorfia entre a sua situação de vida e a de algum paciente? Que efeito ela tem na condução?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta procura a **correspondência estrutural** — mesma posição, mesmo tipo de impasse, mesma figura de autoridade — e nomeia o risco: conduzir o caso para resolver a própria situação, transformando a melhora do paciente em prova de algo sobre si.

5. Como você usaria a abertura do terapeuta como intervenção — e onde estaria o limite disso?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta usa a abertura para **nomear o próprio desconforto e pedir ajuda para pensar juntos**, modelando o repertório que falta ao paciente e devolvendo a metade da responsabilidade que lhe cabe. O limite é o de sempre: se depois da fala quem consola é o paciente, virou desabafo.

6. Se você tivesse seis meses e um caso complexo, o que priorizaria? O que deixaria explicitamente de fora?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta assume **redução de danos** como alvo: mapear a rede com o paciente, promover motivação, reduzir a responsabilização externa, e preparar uma devolutiva que oriente a próxima terapia. E diz o que fica de fora explicitamente — resolver a vida dele não é o objetivo, e prometer isso é o que produz sensação de fracasso.

7. Que crítica você recebeu em formação ou supervisão? O que nela era útil e o que era só desanimador?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta **separa** o que na crítica acertou do que errou — como no caso, em que dizer que não havia possibilidade de mudança estava errado, e dizer que a entrega possível no prazo era limitada estava certo. É essa separação que permite usar a parte útil sem engolir a parte desanimadora.