



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Fusão e rigidez cognitiva

A ruminação como esquiva — e a sessão como lugar onde ela é reforçada. Quando o terapeuta responde ao conteúdo, ele alimenta a função; a saída passa pelo corpo, não por mais uma explicação.

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 ruminação é esquiva cognitiva, não excesso de pensamento.** Ela busca coerência e sentido para gerar alívio do medo — e o alívio a mantém.
- Ψ **A sessão pode estar reforçando o padrão.** Quando o terapeuta pede mais informação ou discute o porquê do pensamento, ele entrega exatamente o alívio buscado.
- Ψ **Racionalizar é uma forma de fusão.** Dar razões para sentimentos e eventos até que façam sentido é ficar preso ao conteúdo — inclusive junto com o paciente.
- Ψ **Técnica cognitiva pode piorar antes de melhorar.** Com alguém já preso na própria cabeça, mais análise reforça o padrão. O caminho é corpo, emoção e presente.
- Ψ **O foco é a função, não o conteúdo.** “O que acontece com você enquanto ruma?” em vez de “por que você pensa isso?”

O caso, em uma página

Homem na casa dos 30, casado, sem filhos, atuando em **carreira de segurança pública**. Buscou atendimento após afastamento do trabalho por episódio depressivo intenso, com crises de choro sem motivo aparente e angústia forte. Apresentava também pensamentos acelerados, dificuldade de foco, hipersonia e esquiva de socialização.

Histórico diagnóstico

- Ψ **TOC**, na época da faculdade, com predomínio de ruminação e verificação.
- Ψ **Transtorno bipolar tipo II**, há cerca de dez anos, atualmente estável com acompanhamento psiquiátrico e medicação.
- Ψ **TEPT** após um acidente, com sintomas em remissão pelo tratamento.

A dinâmica familiar foi descrita como conturbada, com **histórico familiar de transtorno do humor** e um ambiente rígido na infância. Ele se sentia retraído e diferente — o que alimentou a crença de ser *estranho* ou *fraco*.

A preocupação atual é o medo de nova crise depressiva e de novo afastamento. O trabalho importa: é fonte de estabilidade e de senso de eficácia. E há um ponto que não cede: **a ruminação**.

Como a ruminação se apresenta

O padrão descrito pela terapeuta: diante de uma situação estressante — por exemplo, sentir medo no trabalho e não ser amparado por um colega —, ele **não resolve a situação com a pessoa envolvida**.

Em vez disso, entra em um processo longo dentro da sessão, ligando o episódio atual a histórias antigas, buscando reafirmação.

Ele é inteligente e responde muito bem a **ativação comportamental e psicoeducação**. Mas as intervenções cognitivas emperram: ele foge do assunto com explicações e volta para as histórias. Também há demora para responder às perguntas.

Três hipóteses levantadas para o mesmo fenômeno

Dissociação, dado o histórico de TEPT. **Comprometimento de atenção e memória**. Ou — a que se mostrou mais produtiva — **esquiva cognitiva com função de alívio**. Vale registrar que as três foram consideradas antes de se fechar numa: num caso com essa quantidade de diagnósticos, a tentação de explicar tudo pelo rótulo mais recente é grande.

A função

A ruminação serve para **aliviar medo e angústia**, buscando coerência e sentido para as experiências. Em vocabulário da ACT, é **racionalização**: uma forma de fusão em que a pessoa dá razões para sentimentos e eventos até que o desconforto ceda um pouco.

Há uma segunda camada: a demora para responder e o próprio ruminar podem **proteger da ativação do self ineficaz** — e da vergonha de não corresponder à expectativa da terapeuta. Ele se descreve como “fraco”; erro percebido e ruminação estão diretamente ligados.

A sessão como parte da contingência

A hipótese mais desconfortável da supervisão

A interação terapêutica pode estar reforçando a ruminação. Ao discutir o conteúdo — racional em cima de racional —, o paciente obtém alívio temporário dentro da sessão. Ou seja: a terapia entrega, de graça e em ambiente seguro, exatamente aquilo que o comportamento busca.

É um ponto que vale sustentar sem defensividade, porque o movimento que o produz é bem-intencionado e conhecido: pedir mais informação, perguntar por que ele pensa aquilo, ajudar a organizar a narrativa. Tudo isso, aqui, **alimenta a função**.

Daí a recomendação central: **sair do conteúdo e ir para a função**. Não “por que você pensa isso”, e sim “o que está acontecendo com você enquanto pensa isso”.

O que fazer no lugar

- Ψ **Usar o aqui e agora da sessão.** Pedir a ele que perceba o próprio ato de ruminar enquanto ele acontece — sensações corporais, emoções presentes.
- Ψ **Nomear em tempo real.** A terapeuta pode usar a própria percepção — “notei que você demorou para responder; está acontecendo agora?” — como intervenção, e não apenas como observação para a formulação.
- Ψ **Escaneamento corporal e atenção ao presente,** para aumentar a sensibilidade ao contexto e tirá-lo de dentro da própria cabeça.
- Ψ **Investigar a origem do padrão:** como e por que ele aprendeu a ruminar. O objetivo não é insight histórico, é mostrar a ele que o padrão foi **aprendido** — e que por isso outro pode ser aprendido.

Por que desfusão “cognitiva” pode não servir agora

Surgiu a pergunta sobre metáforas de desfusão, do tipo assistir aos pensamentos como cenas de cinema. A ressalva: com alguém já preso na própria cabeça, técnicas **puramente cognitivas podem reforçar o padrão**. Prestar atenção ao corpo e às emoções *já* é desfusão — desengaja do pensamento literal e trabalha aceitação, sem pedir mais uma operação mental.

O que a ruminação custa

Um deslocamento útil da supervisão: em vez de discutir se a ruminação é intensa, perguntar **o que ela impede**.

Ela bloqueia a conexão genuína com contextos, pessoas e valores. Ruminar durante uma conversa é estar ausente dela. A sugestão foi investigar como isso aparece em outras áreas — relação conjugal, vida sexual, relações profissionais — para formular melhor a rede e para dar ao paciente uma **medida concreta do custo**.

A vida íntima entrou como exemplo por ser onde a ausência é mais visível: em momentos de intimidade, alguém pode estar pensando em trabalho, apenas marcando presença. E há a questão de reconhecer as manifestações corporais do desejo — que, para quem vive dentro da própria cabeça, tendem a passar despercebidas até se tornarem explícitas.

O contexto que acomoda o padrão

Um agravante levantado: ele possivelmente **nunca teve um ambiente flexível**. Ambientes muito estruturados e hierárquicos podem favorecer e acomodar esse tipo de funcionamento — e pessoas inflexíveis ao redor reforçam o mesmo contexto.

Daí a recomendação de médio prazo: **montar uma nova rede de apoio**, e trazer o caso de volta à supervisão, já que ainda há poucos dados para fechar a formulação.

Sobre a ordem, de novo

O quadro bipolar estava latente no início do acompanhamento, e o foco correto foi a **estabilização**. A dificuldade com a ruminação só emergiu com mais força depois, com o paciente estável. Não é que a ruminação tenha sido negligenciada: ela não era o alvo possível naquele momento.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Pergunte-se se a sua sessão entrega o reforçador.** Com ruminação, acolher conteúdo e ajudar a organizar a narrativa pode ser exatamente o alívio que mantém o padrão.
- Ψ **Troque a pergunta.** De “por que você pensa isso” para “o que acontece com você enquanto pensa isso”.
- Ψ **Nem toda desfusão é cognitiva.** Com paciente fusionado à própria análise, corpo e presente funcionam melhor que metáfora.
- Ψ **Meça o custo, não a intensidade.** O argumento que convence não é “você ruma muito”, é “você não estava lá”.
- Ψ **Ambiente rígido acomoda padrão rígido.** Vale olhar para o contexto antes de concluir que o problema é só do paciente.

Referências

1. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
2. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
3. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
4. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Plenum Press.
5. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
6. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2ª ed.). Guilford Press.
7. Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados: idade exata, ocupação específica, composição familiar e circunstâncias do evento traumático. Os diagnósticos foram mantidos por serem essenciais ao raciocínio — a estabilização precede o trabalho de processo —, mas sem detalhes de conduta medicamentosa. Os assuntos operacionais do encontro (horário das supervisões, participação, encaminhamentos internos) foram omitidos por não integrarem o conteúdo clínico. O nome da terapeuta supervisionada e dos demais participantes não é mencionado; mantém-se o crédito ao psicólogo convidado, na condição de contribuição profissional pública. As referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a conceitos discutidos sem citação explícita — em especial sobre pensamento repetitivo e sobre a distinção entre trabalhar conteúdo e trabalhar função; 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.

Perguntei que função a ruminação cumpre — em vez de discutir o conteúdo dela.

Verifiquei se as minhas próprias perguntas em sessão estão entregando o alívio que mantém o padrão.

Usei o aqui e agora da sessão para nomear o comportamento enquanto ele acontece.

Trabalhei corpo e emoção antes de propor metáfora de desfusão.

Investiguei como o padrão foi aprendido, para mostrar que outro pode ser.

Mapeei o custo do padrão em áreas concretas da vida, e não só a sua intensidade.

Considere o quanto o ambiente do paciente acomoda o funcionamento rígido.

Respeitei a ordem: estabilização primeiro, processo depois.

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 ruma em sessão? O que você costuma fazer quando isso acontece?

2. Reescreva três perguntas que você faz habitualmente, deslocando-as do conteúdo para a função.

3. Como você nomearia, em tempo real e sem soar crítico, que a ruminação está acontecendo ali?

4. Que exercício de contato com o corpo você usaria antes de propor uma metáfora de desfusão?

5. Em que áreas concretas da vida de um paciente seu a ruminação está cobrando um preço invisível?

6. O quanto o ambiente desse paciente acomoda o padrão? O que mudaria se não acomodasse?

7. Que caso seu você tentou aprofundar antes da estabilização? Como saberia a hora certa?

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 ruma em sessão? O que você costuma fazer quando isso acontece?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é desconfortável de propósito. Uma boa resposta descreve o que o terapeuta costuma fazer — pedir mais informação, ajudar a organizar a narrativa, discutir o porquê do pensamento — e reconhece que isso pode estar **entregando o alívio** que mantém o padrão.

2. Reescreva três perguntas que você faz habitualmente, deslocando-as do conteúdo para a função.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. O critério é o deslocamento: sai “por que você pensa isso”, entra “**o que acontece com você enquanto pensa isso**”. Boas reescritas perguntam por sensação corporal, emoção presente e efeito, e não por conteúdo, causa ou justificativa.

3. Como você nomearia, em tempo real e sem soar crítico, que a ruminação está acontecendo ali?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta usa a **observação do terapeuta** como intervenção e não como diagnóstico — algo na linha de notar em voz alta que ele demorou a responder e perguntar se está acontecendo agora. O tom importa: descrever o que se vê, sem interpretar a intenção dele.

4. Que exercício de contato com o corpo você usaria antes de propor uma metáfora de desfusão?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta escolhe contato com o **corpo e com o presente** — escaneamento corporal, atenção às sensações, ancoragem no ambiente — e reconhece a razão: com alguém já preso na própria cabeça, metáfora de desfusão é mais uma operação mental, e prestar atenção ao corpo já é desfusão.

5. Em que áreas concretas da vida de um paciente seu a ruminação está cobrando um preço invisível?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta troca a pergunta pela intensidade pela pergunta pelo **custo**: o que a ruminação impede. Áreas concretas onde isso aparece — presença em conversas, relação conjugal, vida sexual, relações profissionais — e o argumento que convence não é “você ruma muito”, é “você não estava lá”.

6. O quanto o ambiente desse paciente acomoda o padrão? O que mudaria se não acomodasse?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que ambientes muito estruturados e hierárquicos, e pessoas inflexíveis ao redor, **acomodam** o funcionamento rígido — de modo que o padrão nunca é desafiado. E considera o que mudaria: exposição a contextos com mais variabilidade e construção de nova rede de apoio.

7. Que caso seu você tentou aprofundar antes da estabilização? Como saberia a hora certa?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica um caso em que o trabalho de processo foi tentado antes da **estabilização**, e nomeia os sinais que indicam a hora certa: quadro estável, adesão ao tratamento, capacidade de sustentar desconforto em sessão. No caso discutido, a ruminação só emergiu como alvo possível depois que o quadro se estabilizou.