



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Neurodivergência e subjugação

*Diagnóstico de autismo na vida adulta, e a pergunta que ele
obriga a fazer: quanta interação social é necessidade real do
paciente, e quanta é regra que ele engoliu para caber.*

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 **Encaixar paciente neurodivergente na média normativa pode ser iatrogênico.** Protocolo rígido de habilidades sociais aplicado sem critério produz sensação de inadequação, não competência.
- Ψ **O isolamento estava funcionando como regulação.** Antes de tratá-lo como sintoma a corrigir, vale perguntar o que ele resolve — inclusive quais conflitos ele evita.
- Ψ **A pergunta certa é o que é negociável.** Separar a interação exigida pelo trabalho e pelo casamento daquela que é regra autoimposta muda todo o plano.
- Ψ **Sensibilidade sensorial não é detalhe de conforto.** Luzes e sons compõem o custo real da socialização, e um plano que os ignora falha por motivo físico.
- Ψ **Subjugação é o risco central:** ignorar as próprias necessidades e limites para agradar terceiros — e a vergonha alimenta o ciclo.

O caso, em uma página

Homem no início da casa dos 40, profissional de uma carreira operacional de alto estresse, em regime de plantões longos. Chegou ao atendimento no ano anterior após **afastamento do trabalho**, com ansiedade severa, pânico, insônia e uma investigação de doença grave — posteriormente descartada.

Descartado o quadro clínico, a ansiedade melhorou. Mas permaneceram a **dificuldade de flexibilizar a rotina**, o comportamento marcadamente técnico e rígido, e a dificuldade de socialização — inclusive após o retorno ao trabalho.

A investigação que reorganizou o caso

Ao aprofundar o histórico, apareceram estereotípias e uma trajetória de vida marcada por dificuldades de adaptação, levando à hipótese de **transtorno do espectro autista**. A informação inicialmente tensionou o paciente, por medo de impacto na profissão. Ele concluiu a avaliação com resultados indicativos, mas **optou por não emitir laudo formal por ora** — decisão que o material registra como legítima e informada.

Há ainda um período anterior de trabalho em local remoto, com isolamento social, em que usou álcool e outras substâncias como enfrentamento — comportamento que interrompeu por conta própria depois.

Uma vulnerabilidade de contexto

Carreiras operacionais de alto estresse trazem vulnerabilidades próprias — esgotamento profissional, estresse pós-traumático e exposição repetida a eventos adversos — que contribuem para ativação fisiológica persistente. O quadro ansioso não vem só de dentro.

O self estranho, e o isolamento que regula

A formulação do *self* foi descrita como a de alguém que se percebe **estranho**: a ruminação sobre a necessidade de interagir colide com a sensação de não pertencer e com a falta de interesse genuíno em certos assuntos. A interação, muitas vezes, **é uma regra imposta para se adequar** — não um desejo.

O que o isolamento resolve

O isolamento funciona como **regulação emocional** — e também como fuga de discussões com a esposa, que busca maior socialização. Fica evidente uma ambivalência: viver segundo os próprios valores versus ceder à pressão por se adequar.

Antes de tratar como sintoma

Um comportamento que regula e que evita conflito está cumprindo duas funções ao mesmo tempo. Retirá-lo sem substituir deixa o paciente sem recurso e sem proteção — e o conflito conjugal que estava sendo evitado passa a acontecer. Vale antecipar isso no plano, não descobrir depois.

Vergonha como mantenedora

A vergonha aparece sustentando o ciclo: ativada por pensamentos de ser alguém **fraco** ou **contaminado**, ela alimenta ruminação e isolamento, e o paciente oscila entre tentar se encaixar e se retirar. É o mesmo mecanismo visto em outros casos desta série — a vergonha não como sintoma, mas como o clima em que os demais processos operam.

A pergunta que reorganiza o plano

Em vez de assumir que mais socialização é o objetivo, a supervisão inverteu a pergunta: **até que ponto ele precisa forçar interações para manter a carreira e o casamento?**

Daí a distinção que estrutura toda a intervenção:

- Ψ **Inegociável** — a interação exigida pelo trabalho e pelas relações que ele quer manter.
- Ψ **Negociável** — o que ele faz por regra autoimposta, para caber num padrão que não é dele.

Sem essa separação, qualquer treino de habilidades sociais vira exigência genérica. Com ela, o treino passa a ter alvo definido — e o resto do repertório social deixa de ser problema a corrigir.

O alerta contra protocolo

Tentar encaixar pacientes neurodivergentes numa **média normativa** por meio de protocolos rígidos pode ser **iatrogênico**. A alternativa é uma abordagem baseada nas necessidades reais e nos valores daquele paciente — o que, aliás, é a definição de prática baseada em processos aplicada a este domínio.

Sensibilidade sensorial entra no plano

Ele tem alta sensibilidade a luzes e sons, o que dificulta a socialização de forma concreta. Isso não é um detalhe de conforto: é **parte do custo** de cada situação social, e um plano que o ignore vai falhar por razão física, não por falta de motivação.

Daí a ênfase em **efetividade interpessoal**: ele precisa aprender a comunicar necessidades e limites sensoriais — à esposa e no ambiente de trabalho — para reduzir a sobrecarga fisiológica. Pedir uma mesa longe do som não é frescura; é intervenção.

Subjugação, e o problema do mascaramento

O risco central nomeado na supervisão foi a **subjugação**: ignorar as próprias necessidades e limites para agradar terceiros. Num paciente que já se percebe inadequado, ceder sistematicamente é o caminho mais curto para o adoecimento.

E aqui entra a discussão mais delicada do encontro. Reconheceu-se que o treinamento com pacientes neurodivergentes frequentemente envolve ensinar um **mascaramento funcional e adaptativo**, equilibrando a necessidade de pertencer com a manutenção da saúde mental e a construção de rede de apoio.

Uma ressalva que a literatura obriga

Camuflagem social em pessoas autistas tem **custo documentado**: está associada a exaustão, ansiedade, depressão e sensação de inautenticidade (Hull et al., 2017; Cage & Troxell-Whitman, 2019; Pearson & Rose, 2021). Ensinar mascaramento como estratégia geral é arriscado.

O que a evidência sustenta é mais estreito e mais útil: **escolha deliberada e situacional**, decidida pelo próprio paciente, com consciência do custo e com espaços onde ele não precise mascarar. A diferença entre isso e adaptação forçada é quem decide — e se existe algum lugar onde ele possa não decidir nada.

Vale também considerar o modelo de estresse de minoria aplicado à população autista (Botha & Frost, 2020): parte do sofrimento não vem do funcionamento em si, mas da fricção crônica com um ambiente que não o acomoda. E o *problema da dupla empatia* (Milton, 2012) desloca a leitura de mão única: a dificuldade de compreensão mútua não está apenas do lado dele.

Manejo: regulação antes de resolução

Ruminação sem alimentar a incerteza

Discutiu-se como manejar a ruminação sem aumentar a intolerância à incerteza. A regra proposta é simples e vale para muitos casos: **em momentos de sobrecarga, a prioridade é regular, não resolver**. Tentar solucionar problema complexo com o sistema ativado costuma produzir mais rodadas de ruminação.

Entre os recursos usados com bom resultado, técnicas de **regulação fisiológica imediata** e a escrita como forma de organizar pensamento e reduzir a ruminação.

O vínculo como o único lugar sem exigência

Um ponto que fecha o caso: o vínculo terapêutico permite que ele **se coloque no centro das decisões** — ao contrário dos outros ambientes, em que sente precisar se moldar a expectativas alheias.

Isso não é observação sentimental. Para alguém que passa o dia calculando o quanto precisa performar, ter **um contexto onde não precisa** é, provavelmente, a intervenção mais ativa em curso — e o modelo do que se quer construir fora dali.

Nomear com ele, não para ele

Uma orientação de método: definir os nomes dos conceitos de *self* e dos esquemas **em conjunto com o paciente**. Rótulo construído a dois é ferramenta; rótulo entregue pronto é mais uma norma externa a cumprir — o que, neste caso em particular, seria repetir o problema dentro da sessão.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Pergunte quanto de interação é necessidade e quanto é regra.** Sem essa separação, o treino social vira exigência genérica.
- Ψ **Trate a sensibilidade sensorial como variável do plano**, não como preferência pessoal.
- Ψ **Isolamento que regula e evita conflito cumpre duas funções.** Antecipe o que aparece quando ele sair.
- Ψ **Mascaramento tem custo.** Se for usado, que seja escolha situacional do paciente — e que exista lugar onde ele não precise.
- Ψ **Em sobrecarga, regule; não resolva.** Problema complexo com sistema ativado gera ruminação.

Ψ **Construa os rótulos com o paciente.** Nomear por ele repete a norma externa que adoece.

Referências

1. Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health, 10*(1), 20–34.
2. Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(5), 1899–1911.
3. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6–41.
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. Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(8), 2519–2534.
6. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
7. Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The “double empathy problem”. *Disability & Society, 27*(6), 883–887.
8. Pearson, A., & Rose, K. (2021). A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. *Autism in Adulthood, 3*(1), 52–60.
9. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo desidentificado. Foram generalizados: idade exata, carreira e instituição, regime de escala, localidade do período de isolamento e a natureza da investigação clínica descartada. A hipótese diagnóstica é apresentada como **indicativa e sem laudo**, conforme a decisão do próprio paciente, que o material registra como legítima. Duas ressalvas foram acrescentadas ao que a supervisão discutiu. Primeira: o “mascaramento funcional” tem **custo documentado** — exaustão, ansiedade, depressão e sensação de inautenticidade —, de modo que o texto o apresenta como escolha situacional do paciente, com custo explicitado, e não como estratégia a ensinar; foram acrescentados o modelo de estresse de minoria aplicado à população autista e o problema da dupla empatia, que deslocam parte do sofrimento do indivíduo para a fricção com o ambiente. Segunda: os recursos concretos de regulação fisiológica discutidos em supervisão estão descritos de forma genérica, porque estratégias baseadas em desconforto físico intenso pedem critério caso a caso e não devem ser adotadas como receita. 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.

Separei, com o paciente, a interação inegociável da que é regra autoimposta.

Incluía sensibilidade sensorial como variável concreta do plano de intervenção.

Perguntei o que o isolamento resolve antes de tratá-lo como sintoma.

Antecipei o que aparece quando o comportamento regulador for reduzido.

Discuti mascaramento como escolha situacional dele, com o custo explicitado.

Verifiquei se existe algum contexto na vida dele em que não precise performar.

Em sessões de sobrecarga, priorizei regulação em vez de resolução de problema.

Nomeei os conceitos de self e os esquemas junto com o paciente, não 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. Num caso seu, o que é interação inegociável e o que é regra autoimposta? Como você faria essa separação com o paciente?

2. Que variável física ou sensorial você pode estar deixando fora de um plano de exposição social?

3. Que comportamento de um paciente seu regula e evita conflito ao mesmo tempo? O que aparece se ele sair?

4. Como você discutiria mascaramento com um paciente autista sem prescrevê-lo?

5. Existe algum contexto na vida do seu paciente em que ele não precise performar? Se não, como construir um?

6. Em que momento você tentou resolver um problema complexo com o paciente já em sobrecarga? O que aconteceu?

7. Que rótulo você entregou pronto a um paciente? Como seria construí-lo junto?

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. Num caso seu, o que é interação inegociável e o que é regra autoimposta? Como você faria essa separação com o paciente?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta separa a interação **exigida** pelo trabalho e pelas relações que ele quer manter daquela que é **regra autoimposta** para caber num padrão que não é dele — e faz essa separação com o paciente, não por ele. Sem isso, qualquer treino de habilidades sociais vira exigência genérica.

2. Que variável física ou sensorial você pode estar deixando fora de um plano de exposição social?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta traz variáveis **sensoriais concretas** — luz, ruído, aglomeração, temperatura, duração — e reconhece que elas compõem o custo real de cada situação social. Um plano que as ignora falha por razão física, e não por falta de motivação do paciente.

3. Que comportamento de um paciente seu regula e evita conflito ao mesmo tempo? O que aparece se ele sair?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica um comportamento com **dupla função** — regular e evitar conflito — e antecipa o que aparece quando ele for reduzido: o conflito que estava sendo evitado passa a acontecer. Prever isso no plano evita descobrir depois, no meio da crise.

4. Como você discutiria mascaramento com um paciente autista sem prescrevê-lo?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e o tema exige cuidado. Uma boa resposta apresenta o mascaramento como **escolha situacional do paciente, com o custo explicitado** — exaustão, ansiedade, sensação de inautenticidade — e não como estratégia a ensinar. E garante que exista algum espaço onde ele não precise mascarar; sem isso, não é escolha.

5. Existe algum contexto na vida do seu paciente em que ele não precise performar? Se não, como construir um?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta verifica se existe **algum contexto sem exigência de performance** — e, quando não existe, propõe construí-lo, começando pelo próprio vínculo terapêutico, que costuma ser o primeiro lugar onde o paciente pode se colocar no centro das decisões.

6. Em que momento você tentou resolver um problema complexo com o paciente já em sobrecarga? O que aconteceu?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta reconhece a regra: **em sobrecarga, regular vem antes de resolver**. Tentar solucionar problema complexo com o sistema ativado costuma produzir mais rodadas de ruminação — e a resposta deve descrever o que de fato aconteceu na sessão.

7. Que rótulo você entregou pronto a um paciente? Como seria construí-lo junto?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que rótulo entregue pronto **repete a norma externa** que adoece — especialmente neste perfil — e descreve como seria construí-lo junto: oferecer a descrição, pedir a palavra dele, e adotar a versão que ele reconhece como sua.