



SUPERVISÃO CLÍNICA · LÓGICA PSICOLÓGICA

Perfeccionismo e vergonha

*Um caso que já tinha avançado muito — e ainda doía. A
supervisão desloca o alvo do comportamento para o self:
quando a identidade foi pareada com desempenho, a
vergonha não é sintoma, é o clima.*

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 identidade estava pareada com desempenho.** Não é que ele exija demais de si em algumas áreas: é que *quem ele é* só existe enquanto rende.
- Ψ **A vergonha é o afeto central, e é mais antiga que a ansiedade social.** Ela vem primeiro; a ansiedade social se organiza depois, como forma de evitá-la.
- Ψ **Ele não evita — ele executa sofrendo.** O problema não é o que deixa de fazer, e sim o custo de tudo o que faz. Isso muda o alvo da intervenção.
- Ψ **Extinguir um comportamento sem instalar outro deixa a vaga aberta.** Sem atividade concorrente e sem rede de apoio, o alívio volta a ser buscado em algum lugar.
- Ψ **Baixa exposição social não é só sintoma: é falta de treino.** Sem interação, o repertório nunca se amplia — e a ansiedade de desempenho nunca é desconfirmada.

O caso, em uma página

Homem jovem, estudante universitário, mais novo de uma família com **forte ênfase cultural em desempenho** — vários irmãos em carreiras de alto reconhecimento, e um ambiente onde produção é o que se valida. Encaminhado à terapia pela mãe, preocupada com o que parecia quadro depressivo: ele havia parado de ir à faculdade, ficava no quarto e pensava em trancar o curso por medo de reprovar numa disciplina.

Os primeiros atendimentos foram de urgência, na semana da decisão. A terapeuta trabalhou pensamentos automáticos e contínuo cognitivo em torno do perfeccionismo — ele queria recomeçar do zero para garantir notas altas. Ele flexibilizou, não trancou, terminou o semestre aprovado.

Outros dados relevantes do quadro:

- Ψ **Lentidão extrema para responder** em sessão, com silêncios longos — depois compreendida como receio de dar uma resposta errada, como se estivesse sendo avaliado.
- Ψ **Vocabulário emocional estreito:** não diferenciava cansaço de desânimo ou tristeza, exigindo psicoeducação emocional extensa.
- Ψ **Episódio de exposição pública na infância:** por volta dos 12 anos, uma nota baixa foi exibida à turma pela professora.
- Ψ **Desconforto com exposição:** evita ambientes aglomerados, prefere ir à academia acompanhado por temer ser observado e julgado.
- Ψ **Nenhuma pessoa de confiança** fora da terapia com quem falar do que sente.

O que já tinha sido feito

Ao longo do tratamento, ele revelou por escrito — num diário de terapia — **um comportamento sexual ritualizado, mantido em segredo, iniciado na adolescência**, que lhe causava vergonha intensa e que ele nomeava como “um problema”.

A terapeuta fez com ele uma **análise funcional**, e o paciente compreendeu com facilidade: o comportamento operava como **regulação emocional**, produzindo alívio de emoções difíceis — mesma função que substâncias cumprem para outras pessoas. Verificado que era desejo do próprio paciente extinguir o comportamento, ela optou por trabalhar a extinção, com psicoeducação, estratégias de regulação emocional e atividades concorrentes, muitas delas da DBT.

O resultado foi consistente: o comportamento cessou meses antes da supervisão, e ele passou a buscar outras atividades quando surge a vontade. Relata conseguir identificar, aceitar e tolerar emoções — antes, descrevia-se como “anestesiado”, com um véu sobre os próprios problemas.

Por que a topografia não importa aqui

Este material generaliza a forma concreta do comportamento de propósito. E a generalização não custa nada ao aprendizado — pelo contrário, o evidencia: **o que a terapeuta tratou não foi a forma, foi a função**. Regulação emocional por meio de um comportamento de alívio, mantido em segredo por vergonha. Trocada a topografia, o raciocínio clínico permanece idêntico.

A preocupação que ela trouxe para a supervisão era outra, e é boa: ele **ainda não tem ninguém** com quem compartilhar vulnerabilidade fora da terapia. Se isso não avançar, ele pode voltar a recorrer a algum comportamento de alívio adiante.

A rede: onde o caso realmente se sustenta

Montada a rede, o caso se mostrou **predominantemente cognitivo e biofisiológico**, com o sociocultural modelando fortemente a cognição. Pouco comportamental — e isso é o achado que reorienta tudo.

Note o padrão incomum: ele é perfeccionista *no pensamento*, mas **não apresenta hipercompensação comportamental**. Não gasta horas garantindo que a crença não se ative. Apresenta o trabalho, vai ao evento, cumpre o que é pedido — com muito esforço, mas cumpre. Procrastina e entrega quando dá.

O deslocamento do alvo

Se ele faz as coisas, qual é o problema? **O sofrimento envolvido em fazê-las**. O self crítico torna qualquer atividade custosa. É por isso que o alvo não é o comportamento — é o self. Mexer no self não elimina a atividade; torna possível executá-la mais leve.

As crenças mapeadas pela terapeuta: intermediárias — “se eu falhar, as pessoas vão me julgar” e “não posso decepcionar ninguém”; e um núcleo em torno de perfeccionismo e necessidade de aprovação. Os pensamentos automáticos: “se não for perfeito, não serve”, “sou incapaz”, “vão achar que sou preguiçoso”.

Um detalhe que a supervisão iluminou: nem os cursos escolhidos parecem ter partido dele. As trajetórias que tentou reproduzem as dos irmãos mais velhos. E quando perguntado sobre hobbies, não se identifica com nada — até o lazer é praticado em regime de competição e desempenho.

A hipótese que reorganiza o caso

A identidade foi pareada com desempenho. Não é que ele valorize desempenho: é que só se percebe como alguém quando rende. Daí decorre o resto — como a identidade é igual ao desempenho, a sensação de estar errado é permanente, e a **vergonha surge o tempo todo**.

E a ordem temporal importa: a vergonha é provavelmente **mais antiga que a ansiedade social**. A vergonha tem função de correção de erro; se ninguém, depois do episódio de exposição na infância, disse a ele que o erro não era dele, a saída disponível foi uma só — *performar para não sentir vergonha de novo*. A ansiedade social se organiza a partir daí.

O plano: self e afeto

Dois domínios concentram a intervenção: **self** (identidade) e **afeto** (vergonha).

Primeiro passo: devolver a rede

Antes de qualquer técnica, mostrar a ele a própria rede — conectando o contexto de alta pressão ao self crítico e à ansiedade de desempenho. Isso é psicoeducação contextual, e tem efeito próprio: desloca a responsabilidade de “quem eu sou” para “o que me formou”.

Um cuidado de condução importante: fazer isso **sem atacar a cultura de origem**. Não é “sua cultura é ruim”, e sim mostrar que contextos de alta exigência produzem esse padrão, e que é possível ter outra relação com ele.

Trabalhando o self

- Ψ **Seta descendente** sobre a crença nuclear: *não ser aprovado, ser julgado como alguém que não desempenhou* — *significa o quê sobre você?*
- Ψ **Nomear a regra**: identidade eficaz + desempenho = autocrítico perfeccionista.
- Ψ **Vantagens e desvantagens** de manter essa regra em todas as áreas da vida — para expor a disfuncionalidade do sistema, não para convencê-lo.

- Ψ **Buscar as outras partes:** no que mais você tem orgulho de si, além do que produz? Muitos pacientes autocríticos não têm resposta — e a ausência de resposta já é a intervenção.
- Ψ **Qual seria a vida ideal?** Pergunta de valores, especialmente útil para quem construiu identidade sob pressão e nunca teve espaço para querer.

Trabalhando a vergonha

Explicar a função — proteção contra erro — e por que ela aparece o tempo todo num sistema em que identidade é igual a desempenho. Depois, construir **com ele** uma lista de situações potencialmente constrangedoras, para iniciar exposições.

O critério que faz a diferença

As exposições devem ser situações que **ele escolheria**, não tarefas que ele já é obrigado a cumprir. Nas obrigatórias, ele executa e sai o mais rápido possível — nunca permanece tempo suficiente para a vergonha reduzir sozinha. É a permanência que dessensibiliza, não a execução.

Uma variante produtiva: **errar de propósito, em coisas pequenas**. Publicar um texto com um erro, deixar algo fora do lugar quando se recebe visita. O objetivo é testar se a consequência temida acontece.

E toda exposição precisa de **duas perguntas ao final**, sem as quais não há aprendizagem corretiva: *foi insuportável sustentar o sentimento?* e *a consequência que você temia aconteceu?* Sem elas, a exposição vira apenas mais uma tarefa cumprida.

O que fica para depois

Treino de assertividade, expressão emocional e defesa dos próprios valores entram **mais adiante**, quando houver repertório para sustentá-los.

Sobre trabalho experiencial com o episódio de exposição da infância — reparentalização e afins: foi considerado e **adiado**. Dois motivos: o *insight* ainda baixo, e o risco de a intervenção soar como confronto a figuras de autoridade num contexto em que isso pesa. A ordem importa; a técnica certa na hora errada vira resistência.

Dois pontos de manejo

Diagnóstico: não é preciso fechar

A terapeuta hesitava em fechar transtorno de ansiedade social, porque ele frequenta ambientes onde se sente seguro e não deixa de se expor. A conclusão da supervisão: **tratar como ansiedade de desempenho com traços de ansiedade social**, e seguir. Não é necessário partir de uma lógica diagnóstica para formular e intervir — que é o argumento da TBP aplicado a uma dúvida concreta.

Frequência: avaliar pela função

As sessões haviam sido espaçadas para quinzenais, com uma justificativa razoável — dar tempo para ele viver experiências e não pressioná-lo. O contraponto: **quinzenal é ruim para trabalho de exposição**. Duas semanas entre a tarefa e a checagem é tempo demais.

A saída proposta não foi voltar ao semanal por decreto, e sim **estabelecer um marcador**: mantém-se quinzenal enquanto houver adesão às tarefas de casa, com monitoramento no intervalo. Sem adesão, retorna-se ao semanal. E avaliar funcionamento global com instrumento, para checar se o espaçamento não está deixando sofrimento sem cobertura.

A decisão que merece elogio

Vale registrar o que a terapeuta fez de mais importante: ela **não avançou para trabalho profundo antes da regulação**. Fez psicoeducação emocional, construiu vocabulário afetivo, tratou a função do comportamento de alívio — e só então o caso ficou pronto para mexer no self. A ordem estava certa.

O que fica para a sua clínica

- Ψ **Paciente que executa sofrendo não é paciente sem demanda.** Se o alvo for só comportamento, você não encontra o problema — porque o comportamento está lá.
- Ψ **Extinuir sem substituir deixa a vaga aberta.** Toda vez que se retira um comportamento de alívio, a pergunta seguinte é: o que ocupa esse lugar, e quem sustenta isso na vida dele?
- Ψ **Vergonha costuma ser mais antiga do que o quadro que a esconde.** Vale procurar o episódio em que ela se organizou, e o que faltou naquele momento.
- Ψ **Exposição sem as duas perguntas finais não gera aprendizagem corretiva** — gera repetição.
- Ψ **Frequência de sessão é decisão clínica, não administrativa.** Avalie pela função e ancore num marcador observável.

Referências

1. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2ª ed.). Guilford Press.
2. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23.
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. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.

6. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
7. Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
8. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
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 ou removidos: marcadores culturais e de comunidade, composição e ocupações da família, trajetória acadêmica específica e a **forma concreta** do comportamento de alívio, aqui descrita apenas por sua função (comportamento sexual ritualizado, mantido em segredo, com função de regulação emocional). A escolha é deliberada e não custa nada ao raciocínio: o trabalho da terapeuta incidiu sobre a função, não sobre a topografia. O nome da terapeuta supervisionada e dos demais participantes não é mencionado. As referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a intervenções discutidas em supervisão 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.

Perguntei o que o comportamento entrega ao paciente *agora* — antes de tentar retirá-lo.

Verifiquei se existe atividade concorrente instalada, e não só a retirada do comportamento antigo.

Checei se há alguém na vida dele, fora da terapia, com quem a vulnerabilidade seja possível.

Distingui se o sofrimento está no que ele deixa de fazer ou no custo do que faz.

Investiguei se a identidade está pareada com desempenho — inclusive nos hobbies e nas escolhas de carreira.

Devolvi a rede ao paciente antes de aplicar técnica.

Nas exposições, escolhi situações que ele escolheria — não tarefas que já é obrigado a cumprir.

Fechei cada exposição com as duas perguntas de aprendizagem corretiva.

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 “executa sofrendo”? Onde você vinha procurando o problema?

2. Descreva a função — não a forma — de um comportamento de alívio de um caso seu.

3. Como você mostraria a um paciente que a identidade dele foi pareada com desempenho, sem soar acusatório?

4. Que episódio antigo pode ter organizado a vergonha em um caso que você atende?

5. Escreva três situações de exposição que o seu paciente escolheria — e não as que ele já cumpre.

6. Como você decidiria, com critério, entre frequência semanal e quinzenal num caso em exposição?

7. Que técnica você já aplicou na hora errada? O que teria mudado a ordem?

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 “executa sofrendo”? Onde você vinha procurando o problema?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica alguém que **cumpra o que precisa, mas a um custo alto** — e reconhece o erro de leitura: procurar o problema no que ele deixa de fazer, quando ele está no custo de tudo o que faz. Isso desloca o alvo do comportamento para o self, porque a atividade não precisa ser instalada, precisa ficar mais leve.

2. Descreva a função — não a forma — de um comportamento de alívio de um caso seu.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta descreve a **função** — o que o comportamento entrega naquele momento, tipicamente regulação de uma emoção difícil — sem se apoiar na forma. O teste é o do caso: trocando a topografia por outra, o raciocínio clínico continua igual? Se não continuar, o que foi descrito ainda é forma.

3. Como você mostraria a um paciente que a identidade dele foi pareada com desempenho, sem soar acusatório?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte da **história e do contexto**, e não de um diagnóstico do caráter dele: mostrar como um ambiente de alta exigência produz esse pareamento, e deixar que ele reconheça o padrão. Sinais úteis para usar como espelho: hobbies praticados em regime de competição, escolhas de carreira que reproduzem trajetórias alheias, ausência de resposta à pergunta sobre do que ele se orgulha além do que produz.

4. Que episódio antigo pode ter organizado a vergonha em um caso que você atende?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta procura um episódio em que a pessoa foi **exposta publicamente** ou reprovada de forma humilhante, e — mais importante — investiga **o que faltou depois**: se alguém disse a ela que o erro não era dela. A vergonha se organiza menos pelo evento e mais pela ausência de reparação.

5. Escreva três situações de exposição que o seu paciente escolheria — e não as que ele já cumpre.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. O critério que valida a resposta é este: as situações precisam ser **escolhidas por ele**, e não tarefas que já é obrigado a cumprir. Nas obrigatórias ele executa e sai o mais rápido possível, e nunca permanece tempo suficiente para a vergonha reduzir. Vale incluir alguma variante de errar de propósito em coisas pequenas.

6. Como você decidiria, com critério, entre frequência semanal e quinzenal num caso em exposição?**COMENTÁRIO**

O critério é **funcional, não administrativo**. Quinzenal é ruim para trabalho de exposição: duas semanas entre a tarefa e a checagem é tempo demais. A saída proposta não foi voltar ao semanal por decreto, e sim **estabelecer um marcador** — mantém-se quinzenal enquanto houver adesão às tarefas, com monitoramento no intervalo; sem adesão, retorna-se ao semanal. E avaliar funcionamento global para checar se o espaçamento não está deixando sofrimento sem cobertura.

7. Que técnica você já aplicou na hora errada? O que teria mudado a ordem?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta nomeia uma técnica aplicada antes de haver regulação, vocabulário emocional ou vínculo suficiente, e descreve o efeito — resistência, retrocesso, evasão. O contraponto do caso é a decisão que a terapeuta acertou: só avançou para o self depois de construir repertório afetivo.