

Lógica Psicológica
Prática Baseada em Evidências na Psicologia



SUPERVISÃO · CASO 02

Self desvalorizado e reativo

O que fazer quando o padrão do paciente aparece dentro da sessão

*Um paciente que confronta a terapeuta do mesmo modo que confronta a
companheira. A supervisão trata isso não como obstáculo à terapia, mas como
o material mais valioso que ela tem.*

3 DE FEVEREIRO DE 2026
PROF. JÚLIO GONÇALVES · CRP 12/17614
LÓGICA PSICOLÓGICA

O ESSENCIAL
SUPERVISÃO · CASO 02

LÓGICA PSICOLÓGICA

Ψ

Quando o padrão do paciente se repete **dentro da sessão**, ele deixa de ser um problema de manejo e vira oportunidade de intervenção — é a lógica da FAP.

Ψ

Perguntar não é invalidar. Nomear o modo ativado é discriminação, não confronto. Invalidar é adiar o que o paciente trouxe ou minimizar o sofrimento dele.

Ψ

O **self cuidador** da terapeuta protege o vínculo, mas sozinho deixa a sessão sem direção. Precisa vir acompanhado da postura dialética, que gera consciência crítica.

Ψ

O problema não é o self que se ativa — é **o que o paciente faz depois**. Isolamento, ruminação e confronto são o que fecha o ciclo e confirma a crença.

Ψ

Ordem de intervenção: **afeto e comportamento primeiro**, self e cognição depois. Com rigidez alta, reestruturar cedo produz defesa, não flexibilidade.

Ψ

Relato de oscilação de humor pede **monitoramento sistemático** antes de conclusões — e articulação com quem prescreve.

O caso

Homem, início da casa dos 40 anos, profissional autônomo do setor imobiliário. Dois meses de terapia. Chegou logo após o término de um relacionamento de dois anos, com uma demanda formulada por ele mesmo: queria ser *uma pessoa mais leve*. Perguntado sobre o que isso significava, respondeu com precisão — menos reativo, menos impulsivo, com menos conflito nas relações. Descreve-se como alguém que pesa o ambiente e leva as coisas para o lado pessoal.

Tem histórico de dependência química, com período longo de abstinência — mais de uma década. Não é o problema primário do caso. Relata também oscilações de humor de longa data: períodos de muita energia e iniciativa, alternados com fases de baixa energia e dificuldade de concentração. Diz que sempre foi assim, e se considera uma pessoa instável.

A OSCILAÇÃO DENTRO DA TERAPIA

Em dois meses, o relacionamento terminou e recomeçou duas vezes, acompanhando as oscilações do humor. Nas semanas em que está bem, chega dizendo que nada aconteceu e resiste a retomar o que já vinha sendo trabalhado. Nas semanas ruins, aparece um viés negativo generalizado — não é bom pai, não é bom filho, não é bom companheiro. A terapeuta tem dificuldade em estruturar as sessões nesse vaivém.

O **padrão relacional**. É hipervigilante a sinais de rejeição — e não só com a companheira, mas em todas as relações. Elogio dirigido a terceiros, mudança de prioridade, não ser incluído em algum convite: qualquer um desses eventos dispara ativação intensa, com raiva e ressentimento. Duas situações trazidas por ele, ambas envolvendo episódios banais de convívio social, produziram desregulação desproporcional ao ocorrido.

A **oscilação da autoimagem**. Diz de si que é *problemático* e *pesado* — são palavras dele. Mas em outros momentos se engrandece, afirmando que não precisa de ninguém. As duas coisas convivem, às vezes na mesma sessão.

A formulação em rede

Um ciclo que se reativa nas duas pontas — tanto quando ele se isola quanto quando ele confronta.

A rede se organiza em torno de um esquema de rejeição. A hipótese levantada é que ele opera com mais força do que o de incompetência, embora os dois apareçam. E há uma qualidade autoconfirmatória nisso: se ele parte da premissa de que é problemático, então prevê que as pessoas não vão querer estar com ele — e cada afastamento subsequente funciona como prova.

NÓ CENTRAL

O self rejeitado — que filtra a atenção para sinais de exclusão em qualquer relação.

ALÇA DE MANUTENÇÃO

Rejeição percebida → isolamento → ruminação → raiva acumulada → confronto → afastamento real → confirmação.

ALAVANCA

O comportamento: regulação do afeto e treino de assertividade, que quebram o ciclo antes do confronto.

O **processo atencional** merece destaque, porque é onde o ciclo ganha combustível. Nos períodos de maior vulnerabilidade biofisiológica — humor rebaixado, irritabilidade —, o olhar se estreita ainda mais para as evidências de desvalorização. Ele revive episódios antigos, acumula provas, e a ruminação alimenta a crença que a originou. O padrão é bem descrito na literatura: a ruminação não resolve o problema que a motivou, prolonga o afeto negativo, prejudica a resolução de problemas e desgasta o apoio social disponível (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

A PANELA DE PRESSÃO

O isolamento não é o fim do ciclo — é o que o alimenta. Ele se fecha, dá tratamento de silêncio, e a ruminação vai acumulando carga. Algumas pessoas sustentam isso indefinidamente e permanecem passivas; outras estouram. Neste caso, a raiva emerge como forma de aproximação: uma tentativa de resolver o que ficou pendente. Só que emerge como ataque, e não como pontuação do que incomodou. O resultado é o afastamento da companheira — que reativa exatamente o self rejeitado que iniciou tudo.

O **outro lado da moeda**. Quando se engrandece, entra em cena o que a supervisão nomeou como **self de confronto** — o mesmo que sustenta a coragem para atacar. Ele tem função protetora: enquanto está ativado, o self problemático fica de lado e o sofrimento não é acessado. Na terapia do esquema, esse movimento seria descrito como *sobrecompensação* — fazer o oposto do esquema —, com a observação de que a *sobrecompensação* tende a ser autodestrutiva no fim, porque afasta as pessoas e produz nova evidência para a crença original (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

A origem. A supervisionanda trouxe um dado que amarra a hipótese: o pai nunca ouvia o que ele dizia e sempre precisava estar certo. Foi tratado como hipótese contextual, não como explicação fechada — o trabalho com essa dimensão fica para depois.

A insegurança da terapeuta — e o que ela informa

A supervisionanda abriu o caso dizendo que se sente insegura. O paciente assume postura de domínio na sessão e tenta controlar o rumo; ela oscila entre não querer ser a terapeuta que controla e acabar dando espaço demais, o que deixa a sessão solta.

Perguntada diretamente sobre o que teme, nomeou: que ele se sinta invalidado e abandone o tratamento — agravado por ser um paciente de indicação, com a sensação adicional de que precisa fazer um bom trabalho.

A LEITURA DA SUPERVISÃO

O medo tem uma origem identificável: o **self cuidador** da terapeuta está muito ativado. Isso não é defeito — é o que sustenta o vínculo e protege contra a invalidação real. O problema é que, sozinho, ele deixa a sessão sem direção. Falta o **self dialético**: a postura que gera consciência crítica no paciente. Não se trata de substituir um pelo outro, e sim de fazer os dois operarem juntos.

Vale registrar o que a supervisão observou sobre isso: a demora do terapeuta em tomar coragem para uma conversa dialética é comum e não indica falha. Pode levar duas ou três sessões até que o profissional se prepare para abordar o que o incomoda na relação — e isso faz parte do trabalho, não é exceção.

Discriminar não é invalidar

A distinção que organiza toda a condução deste caso.

Esta é a intervenção central da supervisão, e depende de uma distinção que precisa ficar clara antes de ser aplicada.

INVALIDAR

Adiar o que o paciente trouxe. Minimizar o sofrimento. Dizer que vai passar, que é frescura, que fica tranquilo.

DISCRIMINAR

Nomear o que está acontecendo agora. Perguntar qual modo se ativou. Sinalizar que o padrão está visível na sala.

VALIDAR

Reconhecer a dor antes de qualquer outra coisa — e sustentar que sentir e se irritar em sessão é aceitável.

A supervisionanda já usava com ele a linguagem de *lados* — uma escolha elogiada na supervisão, porque evita que o paciente se funda ao rótulo: não é que ele *é* problemático, é que existe um lado dele que se sente assim. A proposta foi ampliar esse recurso já existente para dentro da relação terapêutica.

Como fica na prática. Quando ela perceber a mudança de clima na sessão, em vez de argumentar contra o conteúdo, pergunta qual lado está falando ali — o que se sente problemático ou o que se sentiu ofendido e quer confrontar. E, se ele responder, existe um gancho valioso: é o mesmo modo que se ativa com a companheira.

Vale também para a esquivia. Nas semanas em que ele diz que não quer retomar determinado assunto, cabe perguntar se é o modo problemático que está tão ativado que torna mais fácil desviar — ou se é apenas cansaço do tema. A pergunta abre uma terceira via na cabeça do paciente, sem forçar a entrada.

PREPARAR O TERRENO

Antes de uma pergunta que provavelmente vai ativar, avisar: que o que vem a seguir pode incomodar, que pode até afetar a relação entre os dois, e que se afetar é para dizer — porque é ali que se repara. Isso comunica que a terapia não é só um lugar de paz. E funciona como modelo: o paciente observa uma pessoa sendo assertiva e clara sem atacar, que é exatamente o repertório que falta a ele.

O argumento técnico por trás disso é o da **Psicoterapia Analítica Funcional**: comportamentos que são problemáticos na vida diária do paciente tendem a ocorrer também com o terapeuta, porque a relação terapêutica compartilha funções com as demais relações. Quando isso acontece dentro da sessão, tem-se acesso direto ao comportamento no momento em que ele ocorre — e a possibilidade de respondê-lo de forma diferente daquela que o ambiente costuma oferecer (Kohlenberg & Tsai, 1991). Confrontar argumentando, ao contrário, tende a escalar: invalida sem que o terapeuta perceba, aciona a raiva como aproximação e termina afastando a terapeuta — replicando com precisão o que acontece fora.

A ordem das intervenções

A supervisionanda perguntou diretamente se deveria começar a flexibilizar as interpretações do paciente — trazer outros pontos de vista, examinar evidências. A resposta foi negativa, e por um motivo específico: ele ainda está rígido demais. Os pequenos confrontos dentro da sessão são amostra dessa rigidez.

A sequência proposta tem três etapas, e a ordem importa:

- Ψ **Primeiro, regulação emocional.** O paciente relata que não consegue controlar a ativação no momento em que ela acontece. Sem essa base, o resto não se sustenta.
- Ψ **Depois, difusão.** Reconhecer que o pensamento pertence ao lado problemático e não corresponde necessariamente ao que ocorreu — *isto que pensei está ligado ao meu lado problemático; não é necessariamente verdade que ela me desvalorizou.*
- Ψ **Por fim, comunicação assertiva.** Substituir o ataque por uma forma que o outro consiga receber.

Sobre regulação. Entre os recursos discutidos, um merece destaque pela originalidade: narrar em voz alta o que aconteceu, diante do espelho, descrevendo a situação e o que sentiu. A hipótese de funcionamento é que isso retira a ruminação do circuito interno e oferece outra via de processamento, dando previsibilidade e reduzindo a ativação. Outros recursos citados incluem sair do local, respiração diafragmática e escrita sobre a situação. Foram mencionadas também manobras de temperatura — que têm uso descrito na literatura de regulação emocional, mas convêm com avaliação individual e nunca como estratégia isolada.

Sobre assertividade. A estrutura discutida segue quatro passos: descrever a situação, expressar o sentimento, dizer o que se deseja e abrir espaço para o outro. Vale a psicoeducação prévia sobre estilos de comunicação — o padrão do paciente é justamente a oscilação entre o polo passivo, quando se cala e ruma, e o polo agressivo, quando estoura. Nomear esse par para ele torna visível que os dois extremos pertencem ao mesmo ciclo.

A FRASE QUE ORGANIZA A DEVOLUTIVA

O eixo da conversa com o paciente não é o self, é o comportamento: os lados vão continuar se ativando — isso não é o problema. O problema é o que se faz depois que eles se ativam. Enquanto a resposta for isolar, ruminar e confrontar, cada ciclo produz nova evidência para a crença. É essa formulação que torna a mudança possível sem exigir que ele abra mão da própria autoimagem antes de estar pronto.

Oscilação de humor: o que exige cuidado

A supervisão dedicou uma parte substancial ao monitoramento do humor, e por uma razão explícita: o supervisor relatou um caso próprio em que não reconheceu a virada de ciclo, interpretou como melhora do humor, e o desfecho exigiu internação. A recomendação nasce dessa experiência, e foi apresentada como tal.

O que foi recomendado: monitoramento diário do humor por pelo menos um mês, com registro simples e escala que capture os dois polos. O objetivo não é diagnosticar — é ver se as oscilações atingem extremos ou se permanecem dentro de uma faixa esperada. Oscilação eventual é comum; o que importa detectar é amplitude e persistência.

Um registro diário mínimo, com um único valor por dia, já permite montar uma série temporal e visualizar padrões que a memória do paciente e a impressão do terapeuta não capturam.

NOTA DE MÉTODO — SOBRE O DIAGNÓSTICO E OS LIMITES DO PAPEL

A supervisão comentou criticamente o fato de uma avaliação médica ter estabelecido um diagnóstico e prescrito medicação em consulta única. A preocupação clínica é pertinente, e a conduta correta é a que foi indicada: monitorar sistematicamente e reunir dados. Vale, porém, delimitar o papel — não cabe ao psicólogo confirmar ou refutar diagnóstico médico. O que cabe, e é valioso, é produzir registro longitudinal de qualidade e comunicá-lo a quem prescreve, com o consentimento do paciente. O dado organizado é a contribuição do psicólogo à decisão clínica compartilhada; a decisão diagnóstica e medicamentosa permanece com o médico.

PONTO A APROFUNDAR — AVALIAÇÃO DE RISCO

Acréscimo que não fez parte do encontro. Um quadro com oscilação de humor não avaliada, relato de instabilidade de longa data, histórico de dependência química e desregulação intensa em resposta a rejeição compõe um perfil em que a avaliação de risco deve ser explícita e periódica — perguntada diretamente, e não inferida a partir do que o paciente traz espontaneamente. O monitoramento de humor auxilia, mas não substitui essa conversa.

A informação que chegou por fora

Um ponto ético que o caso apresenta e que vale destacar em separado.

O paciente foi indicado por uma conhecida, que — sem consentimento dele — relatou à terapeuta que ele teria diagnóstico prévio de transtorno bipolar e resistência à medicação. O paciente, quando perguntado, nega o diagnóstico.

A supervisão foi direta ao apontar que essa informação não pode ser revelada ao paciente. E a supervisionanda havia conduzido bem a situação: em vez de confrontá-lo com o que ouviu, perguntou de forma aberta se havia diagnóstico fechado, e trabalhou a indicação de retorno à avaliação psiquiátrica a partir do que *ele próprio* trouxe — a queixa de impulsividade e a dificuldade de regulação.

Vale nomear o princípio, porque a situação é mais comum do que parece em prática clínica com pacientes indicados. O sigilo profissional protege a intimidade de quem é atendido, e o Código de Ética estabelece que o psicólogo respeite a confidencialidade das informações a que tem acesso no exercício profissional (CFP, Resolução nº 010/2005, art. 9º). A informação recebida de terceiro sem consentimento ocupa uma posição delicada: não pode ser usada abertamente, mas também não desaparece da cabeça do profissional.

- Ψ **Não revelar a fonte nem o conteúdo** ao paciente — usá-los abertamente romperia a confiança e colocaria a terapeuta em posição insustentável.
- Ψ **Usar como hipótese de vigilância, não como dado.** A informação pode aumentar a atenção do profissional para determinados sinais, mas o que entra na formulação é o que foi observado clinicamente.
- Ψ **Buscar o dado por via própria.** Foi exatamente o que o monitoramento de humor resolve: transforma uma suspeita de origem imprópria em observação clínica legítima.
- Ψ **Registrar com cuidado.** Anotar a origem da informação e o motivo de não ter sido utilizada protege o processo e o profissional.

O que ficou combinado

As tarefas assumidas pela supervisionanda até o próximo encontro:

Iniciar o trabalho de regulação emocional, antes de qualquer tentativa de reestruturação.

Discriminar em sessão qual lado se ativou quando perceber mudança de clima — e amarrar com o que acontece fora.

Monitorar o humor diariamente por pelo menos um mês, com instrumento simples e registro contínuo.

Devolver a rede ao paciente, validando a nomeação dos lados com ele em vez de apresentá-la como conclusão fechada.

Retomar o caso em supervisão futura, para acompanhar o efeito das intervenções.

Duas questões ficaram abertas e valem acompanhamento. Primeira: o traço de arrogância no self de confronto é característica estável de personalidade ou apenas estratégia defensiva? A supervisão não fechou — e observou que a resposta talvez venha da própria adesão às intervenções: baixa adesão sustentada e sintomas muito egossintônicos aumentariam a plausibilidade da hipótese de personalidade. Segunda: falta ainda mapear as primeiras situações de vida em que cada lado surgiu, para amarrar a dimensão sociocultural que a hipótese sobre o pai apenas sugere.

A COMPETÊNCIA TRABALHADA

Diferente do encontro anterior, centrado em formulação, esta supervisão trabalhou **relação terapêutica** e **tomada de decisão sobre intervenções**. Vale a pergunta de autoavaliação: eu teria percebido que o comportamento do paciente na sessão era o próprio material clínico — ou teria tratado como obstáculo a contornar?

CHECKLIST DE RACIOCÍNIO

- ☐ Identifiquei se o padrão do paciente se repete dentro da sessão?
- ☐ Sei distinguir, no meu próprio manejo, discriminar de invalidar?
- ☐ Verifiquei se meu self cuidador está operando sozinho, sem o dialético?
- ☐ Ordenei as intervenções: afeto e comportamento antes de self e cognição?
- ☐ Preparei o terreno antes de perguntas que podem ativar o paciente?
- ☐ Estabeleci monitoramento sistemático diante de relato de oscilação de humor?
- ☐ Tratei informação recebida de terceiros dentro dos limites do sigilo?

PARA RESPONDER

1. Em algum caso seu, o comportamento do paciente na sessão repete o que ele descreve da vida fora? O que você tem feito com isso?

2. Qual self seu costuma se ativar com pacientes confrontadores — e o que ele te impede de fazer?

3. Escreva uma frase que você usaria para preparar o terreno antes de uma pergunta desconfortável.

4. Como você diferencia rigidez que pede mais tempo de rigidez que pede outra estratégia?

5. Já recebeu informação sobre um paciente por vias que ele não autorizou? Como conduziu?

ANOTAÇÕES

Referências

1. Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo* (Resolução CFP nº 010/2005). CFP.
2. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
3. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.
4. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
5. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
6. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Material produzido a partir da transcrição da supervisão de 3 de fevereiro de 2026, com desidentificação rigorosa: nomes, idade exata, cidade, profissão específica e detalhes reconhecíveis do paciente e dos participantes foram removidos ou alterados, preservando apenas o padrão clínico necessário ao aprendizado. Os supervisionandos não são identificados. As referências foram conferidas individualmente. A nota sobre os limites do papel do psicólogo diante do diagnóstico médico e o item sobre avaliação de risco são acréscimos sinalizados como tais, e não constavam do encontro. A seção sobre sigilo desenvolve, com base no Código de Ética, um ponto que a supervisão levantou de forma breve.