

Aurum
EDITORA

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS

EM TERAPIA DE
REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA

RAFAEL JOSÉ KRAISCH



Aurum
EDITORA

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS

EM TERAPIA DE
REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA

RAFAEL JOSÉ KRAISCH

AURUM EDITORA LTDA – 2026
Curitiba – Paraná - Brasil

EDITOR CHEFE

Lucas Gabriel Vieira Ewers

ORGANIZADOR DO LIVRO

Rafael José Kraisch

EDIÇÃO DE TEXTO

Stefanie Vitoria Garcia de Bastos

EDIÇÃO DE ARTE

Aurum Editora Ltda

IMAGENS DA CAPA

Magnific Team, Canva.

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

ÁREA DE CONHECIMENTO

Ciências da Saúde

Copyright © Aurum Editora Ltda

Texto Copyright © 2026 Os Autores

Edição Copyright © 2026 Aurum Editora
Ltda



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives
4.0 International License.

A responsabilidade pelo conteúdo, precisão e veracidade dos dados apresentados neste texto é inteiramente do autor, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora. O trabalho pode ser baixado e compartilhado, desde que o crédito seja dado ao autor, mas não é permitida a modificação do conteúdo de qualquer forma ou seu uso para fins comerciais.

A Aurum Editora se compromete a manter a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, prevenindo plágio, dados ou resultados fraudulentos, e assegurando que interesses financeiros não afetem os padrões éticos da publicação. Qualquer suspeita de má conduta científica será verificada com atenção aos princípios éticos e acadêmicos. Todos os manuscritos passaram por uma avaliação duplo-cega, realizada pelos membros do Conselho Editorial, e foram aprovados para publicação com base em critérios de imparcialidade e objetividade acadêmica.

CORPO EDITORIAL

Adicélia Rodrigues Souza - Graduada em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriano Rosa da Silva - Mestre em História Social pela Universidade Federal Fluminense.

Alessandro Sathler Leal da Silva - Doutor em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Alex Lourenço dos Santos - Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Catalão.

Aline Borba Alves - Mestra em Educação pela Universidade Estadual do Maranhão.

Amanda Pereira Moreira - Mestra em Letras pela Universidade Federal de Lavras.

Antonio Ismael Lopes de Sousa - Doutorando em Linguística e Literatura pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.

Ayla de Jesus Moura - Mestra em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Bárbara Silvestre da Silva Pereira - Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Bianca Martins Knap - Mestranda em Direito Econômico e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Camila Aparecida da Silva Albach - Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Carina Mandler Schmidmeier - Mestranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Carlos Adriano Martins - Doutor em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Carolline Nunes Lopes - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cláudio Alberto de Sá Quirino - Mestre profissional em Administração Pública (PROFIAP) pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Damião Evangelista Rocha - Doutorando em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle - Canoas.

Daniel da Rocha Silva - Mestre em Letras pela Universidade Federal de Sergipe.

Daniel Rodrigues de Lima - Mestre em História pela Universidade Federal do Amazonas.

Diego Emanuel Veis Bentancourt - Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria.

Diego Pinto de Oliveira - Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas.

Elberto Teles Ribeiro - Mestrando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados.



Equiton Lorengian Grégio - Mestrando em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Evaldo Batista Mariano Júnior - Doutorando em Educação pela Universidade de Uberaba.

Fábio Henrique de Souza Lacerda - Mestre em Educação pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

Fabio José Antonio da Silva - Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina.

Fabricio do Nascimento Moreira - Doutorando em Administração pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Felipe Antônio da Silva - Graduado em Direito pelo Centro Universitário Unihorizontes.

Flávia Maria Silva Brito - Doutora em Recursos Florestais pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz.

Flávio Roberto Chaddad - Mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Francisco Samuel Laurindo de Lima - Graduado em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Welton Machado - Editor Independente - Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Piauí.

Gabriella de Moraes - Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Gleyson Martins Magalhães Reymão - Mestre Profissional em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação pelo Instituto Federal do Pará.

Glicerinaldo de Sousa Gomes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Gustavo Boni Minetto - Mestrando em Educação, Linguagens e Tecnologia pela Universidade Estadual de Goiás.

Gutemberg Rapôso da Silva Ferreira - Mestre em Linguística pela Universidade Federal do Tocantins de Porto Nacional.

João Vitor Silva Almeida - Graduado em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal do Tocantins.

Joelson Lopes da Paixão - Doutorando em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal de Santa Maria.

Joice Marisa Görgen Junqueira - Mestranda em Educação pela Universidade La Salle - Canoas.

José Bruno Martins Leão - Doutor em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pela Instituição Toledo de Ensino.

José Carlos dos Santos Silva - Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.



José Cláudio da Silva Júnior - Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco.

José Henrique Rodrigues Machado - Doutor em Ciências Sociais - Programa de Performances Culturais, pela Universidade Federal de Goiás.

José Leonardo Diniz de Melo Santos - Mestre em Educação, Culturas e Identidades pela Universidade Federal Rural de Pernambuco.

José Marciel Araújo Porcino - Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

José Neto de Oliveira Felipe - Doutorando em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade de Passo Fundo.

José Ronaldo de Freitas Machado - Mestre em Educação pela Universidade de Uberaba.

Jungley de Oliveira Torres Neto - Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Karyne Oliveira Coelho - Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Goiás.

Layse da Silva Vieira - Mestranda em Vigilância em Saúde pela Universidade Iguazu.

Lidiana da Cruz Pereira - Doutora em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí.

Lidiane Álvares Mendes - Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Luan Brenner da Costa - Editor Independente - Graduado em Enfermagem pela Fundação Herminio Ometto.

Lucas Matheus Araujo Bicalho - Mestrando em Historia pela Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES, Brasil.

Lucia Helena Santana Ferreira - Doutoranda em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Luciano Victor da Silva Santos - Mestrando em Hotelaria e Turismo pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Luzia Eleonora Rohr Balaj - Doutoranda em Música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Magno Fernando Almeida Nazaré - Mestre em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão.

Maiara Martins Doná - Mestra em Educação pela Universidade de Sorocaba.

Maickon Willian de Freitas - Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.



Maikon Luiz Mirkoski - Mestre Profissional em Matemática em Rede Nacional pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Mailson Moreira dos Santos Gama - Doutorando em História pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Marcelo Bustamante Chilingue - Doutorando em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Marcelo Carvalho da Conceição - Doutor em Biologia Estrutural e Funcional pela Universidade Federal de São Paulo.

Marcos Scarpioni - Doutorando em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Maria da Luz Olegário - Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Maria Nazaré Lopes Baracho - Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus JK.

Marilha da Silva Bastos - Mestranda em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará.

Marinely Aparecida Clemente - Mestra em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Mario Marcos Lopes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos.

Marlon Messias Santana Cruz - Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Michael Douglas Alves dos Santos - Mestrando em Educação, Cultura e Territórios Semiáridos pela Universidade do Estado da Bahia.

Mirna Liz da Cruz - Editora Independente - Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás.

Natan Gomes dos Santos - Graduado em Biomedicina pela Faculdade Madre Thais.

Newton Ataíde Meira - Mestrando em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Plinio da Silva Andrade - Mestrando em Ciências da Educação pela Universidade Leonardo Da Vinci.

Rafael José Kraisch - Doutorando em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Romário Silva Ribeiro - Doutorando em Educação pela Christian Business School.

Ryan Dutra Rodrigues - Editor Independente - Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas.

Samuel Francisco Rabelo - Doutorando em Direitos Humanos pela Universidade Tiradentes.

Sebastião Lacerda de Lima Filho - Doutorando em Medicina Translacional pela Universidade Federal do Ceará.



Silvana Maria Aparecida Viana Santos - Mestra em Tecnologias Emergentes em Educação pela MUST University.

Silvio de Almeida Junior - Doutor em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

Stefany Reis Marquioli - Mestra em História Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Suely Maria da Silva - Mestra em Gestão Pública Para o Desenvolvimento do Nordeste pela Universidade Federal de Pernambuco.

Swelen Freitas Gabarron Peralta - Doutoranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná.

Talita Benedcta Santos Künast - Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Tályta Carine da Silva Saraiva - Mestra em Agronomia pela Universidade Federal do Piauí.

Thiago Silva Prado - Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá.

Vinicius Valim Pereira - Doutor em Zootecnia pela Universidade Estadual de Maringá, UEM, Brasil.

Wilson Moura - Doutor em Psicologia pela Christian Business School.

Yohans de Oliveira Esteves - Doutor em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira.

Zaqueu Henrique de Souza - Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Jataí.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

K91r Kraisch, Rafael José.
Relatos de Casos Clínicos em Terapia de Reintegração Implícita [recurso eletrônico] / Rafael José Kraisch. – Curitiba, PR: Aurum Editora, 2026.

Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6223-028-4

1. Saúde. 2. Terapia de Reintegração Implícita (TRI). 3. Medicina baseada em evidências.
I. Título.

CDU 61

Catlogação na fonte: Bruna Heller (CRB10/2348)

Índices para catálogo sistemático:

1 Ciências da saúde 61

DOI: 10.63330/livroautoral712026-

Aurum Editora Ltda

CNPJ: 589029480001-12

contato@aurumeditora.com

(41) 98792-9544

Curitiba - Paraná



ORGANIZADOR

Rafael José Kraisch

Pesquisador e doutorando em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculado ao Laboratório de Neurodesenvolvimento e Plasticidade (LANEP), e em Psicologia pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES, Argentina). Mestre em Psicologia pela UNIVALI e graduado em Administração Pública pela UFSC, sua trajetória acadêmica é caracterizada pela convergência entre a investigação científica de bancada e a análise do comportamento humano. No campo da neurociência experimental, dedica-se ao estudo da Doença de Huntington, com foco na análise da morfologia dendrítica e plasticidade sináptica na amígdala e suas correlações com manifestações psiquiátricas e déficits emocionais.

Como divulgador científico, Kraisch atua no combate à desinformação e à banalização de conceitos neurocientíficos por vertentes pseudocientíficas, promovendo o letramento científico de alto impacto. É membro da Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento (SBNeC) e da Associação Brasileira de Divulgadores de Ciência (ABDC), tendo sido premiado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em 2026. É o criador da Terapia de Reintegração Implícita (TRI), abordagem que integra princípios da neurobiologia afetiva e da memória à prática terapêutica. Autor de diversos livros voltados à neurociência do comportamento, Kraisch dedica-se a traduzir mecanismos biológicos complexos em estratégias aplicáveis ao desenvolvimento humano. Atualmente, coordena programas de pós-graduação e dirige o Instituto Kraisch, onde atua na formação de profissionais e na disseminação de conhecimentos fundamentados no rigor do método científico.

E-mail: contato@rafaelkraisch.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9451441115088775>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8733-5416>



AUTORES

Alessandro Taranto
Andrine Vanessa Mignoso
Andrielly De Souza Dal Mas
Cleuzeni Ribeiro Ferreira
Edvaldo Ventura Delmondes
Fábio Carlesso
Grazielle Machado Prates Cardoso
Jean Marcel Rodrigues Menegotto
Juliana Kegler
Larisse Dos Santos Miranda
Rafael José Kraisch
Sandro Hideo Saito



NOTA

Informamos que cada autor participante desta obra é integralmente responsável pelo conteúdo de sua respectiva contribuição (capítulo), incluindo opiniões, informações, dados, referências e demais elementos apresentados no texto. A organização e coordenação da obra não se responsabilizam por eventuais posicionamentos, interpretações ou informações expressas pelos autores, sendo estas de responsabilidade exclusiva de cada participante.



DEDICATÓRIA

A todos que entendem que o problema nem sempre é o problema.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): CONCEITOS FUNDAMENTAIS <i>Rafael Kraisch.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-001	
.....	19-28
CAPÍTULO 2 - TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E GLOSSOFOBIA TRATADOS COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Alessandro Taranto.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-002	
.....	29-41
CAPÍTULO 3 - FIBROMIALGIA TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Andrine Vanessa Mignoso.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-003	
.....	42-49
CAPÍTULO 4 - TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE TRATADO COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Fábio Carlesso.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-004	
.....	50-61
CAPÍTULO 5 - DOR PÉLVICA DURANTE O ATO SEXUAL E CANDIDÍASE DE REPETIÇÃO TRATADAS COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Grazielle Machado Prates Cardoso.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-005	
.....	62-70
CAPÍTULO 6 - COMPULSÃO ALIMENTAR TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Jean Marcel Rodrigues Menegotto.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-006	
.....	71-80
CAPÍTULO 7 - DEPENDÊNCIA EMOCIONAL TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO <i>Juliana Kegler.</i>	
 https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-007	
.....	81-91



CAPÍTULO 8 - TRANSTORNO POR USO DE ESTIMULANTES TRATADO COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

Sandro Hideo Saito.

  <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-008>

.....	92-101
CONCLUSÃO	102



APRESENTAÇÃO

Este livro nasce de uma lacuna que eu via há muito tempo. Depois de formar centenas de alunos e acompanhar de perto o trabalho de tantos terapeutas ao longo dos anos, ficou claro que faltava um material capaz de apresentar a Terapia de Reintegração Implícita (TRI) de forma mais ampla, com o rigor que o tema pede.

A ideia partiu do convite que fiz a alguns alunos que já atendiam com a TRI e queriam apresentar seus casos com uma abordagem acadêmica, apoiada na literatura científica e não apenas na experiência de consultório.

O processo levou meses. Grande parte do trabalho foi ajudar meus alunos a atravessar uma dificuldade comum a quem atua em psicoterapia no Brasil: o acesso ao meio acadêmico. Pesquisar, ler literatura internacional e estruturar um relato de caso com rigor científico são exigências para as quais poucos terapeutas têm formação ou tempo, e foi preciso reunir as condições necessárias até que cada um pudesse se sentar e escrever com a seriedade que o trabalho merece.

Acredito na importância da ciência dentro da psicoterapia e na aproximação constante entre a clínica e a neurociência. Este livro é um convite aos meus alunos para que se cheguem cada vez mais perto da pesquisa, da leitura crítica e do compromisso com a evidência. Nenhuma abordagem terapêutica se sustenta só na vivência de quem a pratica, pois precisa conversar com o que a ciência já compreende sobre o funcionamento humano.

Tenho orgulho de ver esses alunos atendendo, crescendo, se dedicando, e agora também se arriscando a escrever sobre o próprio trabalho.

Este livro é para os terapeutas já formados em TRI, para os alunos ainda em formação e para o público em geral, incluindo os clientes desses terapeutas, que poderão perceber que a abordagem que os atende busca se embasar de forma séria naquilo que apresenta.

Com grande amor,
Rafael Kraisch



INTRODUÇÃO

Este livro reúne estudos de caso clínicos, construídos a partir de atendimentos conduzidos por terapeutas formados na TRI, que assinam individualmente os capítulos de caso, com o objetivo de apresentá-los de forma estruturada e acadêmica a terapeutas em formação e ao público interessado no método. Esta Introdução descreve como a obra está organizada, a metodologia adotada na composição dos casos, os limites e o objetivo do trabalho, e os termos técnicos que reaparecem ao longo dos relatos.

COMO LER ESTE LIVRO

A obra se organiza em oito capítulos. O Capítulo 1, “Terapia de Reintegração Implícita (TRI): conceitos fundamentais”, apresenta a abordagem, sua posição epistemológica e o vocabulário técnico empregado no restante do livro. Os sete capítulos seguintes constituem o corpo principal da obra e trazem, cada um, um relato de caso clínico: transtorno de ansiedade social e glossofobia (Capítulo 2), fibromialgia (Capítulo 3), transtorno depressivo recorrente (Capítulo 4), dor pélvica durante o ato sexual e candidíase de repetição (Capítulo 5), compulsão alimentar (Capítulo 6), dependência emocional (Capítulo 7) e transtorno por uso de estimulantes (Capítulo 8). Depois do Capítulo 1, esses sete capítulos de caso podem ser lidos em qualquer ordem, cada um de forma independente.

PACIENTE OU CLIENTE?

Ao longo de todo o livro, as pessoas atendidas são chamadas de clientes. A escolha é conceitual. Carl Rogers justificou esse critério em 1951, ao explicar o termo que dá nome à sua abordagem: cliente designa alguém que busca ajuda de modo ativo e voluntário para resolver um problema, sem renunciar à responsabilidade pela própria situação, e o vocábulo foi adotado por afastar a imagem de pessoa doente ou de objeto de experimentos (ROGERS, 1992, p. 13). Na mesma nota, Rogers registra as limitações do termo e se diz disposto a trocá-lo caso surgisse outro mais adequado.

Aqui o critério é o mesmo. O trabalho descrito nos capítulos seguintes depende do engajamento de quem procura o atendimento, que decide iniciar o processo e pode interrompê-lo a qualquer momento. Nomear essa pessoa como cliente mantém o léxico do livro coerente com a posição clínica que ele descreve. O termo paciente aparece em alguns trechos apenas quando o contexto exige, como na referência aos itens originais do checklist CARE e em citações de literatura médica.

METODOLOGIA CARE ADAPTADA

A estrutura de apresentação dos casos segue as diretrizes CARE (CAsE REport) (GAGNIER et al., 2013), com adaptações significativas para relatos compostos, sem os itens do checklist original que pressupõem paciente real, como a perspectiva do paciente e consentimento informado.

O checklist CARE original prevê treze itens: título, palavras-chave, resumo, introdução, informações do paciente, achados clínicos, linha do tempo, avaliação diagnóstica, intervenções terapêuticas, seguimento e desfechos, discussão, perspectiva do paciente e consentimento informado. Neste livro, o item de informações do paciente é substituído pela apresentação do cliente na primeira menção (idade, ocupação, nome fictício, motivação da busca). Os itens de perspectiva do paciente e consentimento informado não se aplicam. Em seu lugar, cada capítulo de caso traz uma nota de rodapé padronizada que esclarece a natureza composta do relato: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes, sendo o nome fictício e as falas atribuídas ao cliente reconstruções.

DECLARAÇÃO DE NATUREZA ILUSTRATIVA DOS CASOS

Os casos clínicos apresentados nesta obra são ilustrativos ou compostos, elaborados a partir de padrões clínicos observados ao longo de anos de prática profissional. Não correspondem a pessoas específicas e foram criados com finalidade didática, visando exemplificar a aplicação da TRI. Qualquer semelhança com situações reais é mera coincidência.

LIMITAÇÕES E OBJETIVO DESTA OBRA

Antes dos capítulos de caso, cabe situar o que esta obra sustenta e o que ela deliberadamente deixa em aberto. Para o filósofo da ciência Sven Ove Hansson, a ciência se caracteriza como uma prática de busca de conhecimento comprometida com o próprio aperfeiçoamento por meio de testes empíricos e crítica intelectual. O que define uma pseudociência, nessa leitura, não é o quanto de evidência ela já acumulou, mas o fato de sustentar uma doutrina que se desvia dessas normas epistêmicas: deixa de formular afirmações testáveis, recusa a possibilidade de erro, fecha-se à crítica externa e não revisa seus conceitos quando os dados o exigem (HANSSON, 2013). Esse critério orienta como a TRI deve se apresentar publicamente, inclusive nesta obra.

Segundo esse critério, a TRI se organiza como um modelo em desenvolvimento, com hipóteses clínicas abertas à revisão e diálogo declarado com a neurociência afetiva e social. Até o momento, contudo, a abordagem não dispõe de ensaios clínicos controlados e randomizados (ECR) nem de metanálises independentes, compatível com uma teoria em fase de consolidação conceitual e observação clínica estruturada, não com uma abordagem validada em alto nível de evidência.

Essa cautela vale, com ainda mais força, para os relatos que compõem este livro. Estudos de caso bem descritos têm valor legítimo. Podem gerar hipóteses e ilustrar a aplicação de um método (STILES, 2007), não demonstrar sua eficácia. Os sete casos aqui reunidos são compostos e não contam com grupo de comparação, instrumentos padronizados de mensuração de resultado ou seguimento de longo prazo além

do relatado. Tampouco há controle sobre confundidores comuns a qualquer processo terapêutico, entre eles a melhora espontânea, a regressão à média, o vínculo terapêutico e mudanças de vida concomitantes ao atendimento. Esses fatores não retiram o valor didático dos relatos, mas impedem que qualquer desfecho descrito seja lido como prova da técnica.

O objetivo desta obra é apresentar, de forma acessível, como a TRI organiza seu raciocínio clínico, para que terapeutas em formação e leitores interessados reconheçam a lógica por trás das intervenções descritas. Não é um manual de aplicação passo a passo nem substitui a formação regular no método. Nomes, conceitos e refinamentos técnicos vão aparecer ao longo dos capítulos sem exposição completa. Essa é uma escolha editorial deliberada, na qual um livro não substitui um treinamento clínico supervisionado, e comunicar isso com clareza é parte do compromisso ético deste projeto. Para conhecer mais a TRI e sua formação, acesse www.institutokraisch.com.br.

TERMOS OPERACIONAIS

Os relatos reunidos nesta obra empregam um vocabulário próprio da TRI. Parte desses termos foi apresentada no Capítulo 1, enquanto outros aparecem nos relatos sem exposição prévia. O quadro a seguir reúne as definições operacionais desses termos, para consulta durante a leitura. São definições resumidas, suficientes para acompanhar os casos, e não substituem o tratamento que cada conceito recebe na formação.

Quadro 1. Termos operacionais empregados nos relatos

Termo	Definição
Autopoiese	Propriedade do indivíduo em manter e reorganizar seu funcionamento em interação contínua com o ambiente, sem substituir sua estrutura.
Catarse reintegrativa	Colocar em palavras, de modo lógico e estruturado, as ações, intenções e estratégias que operavam de forma implícita. Não é descarga emocional nem desabafo.
Cisalhamento afetivo	Conflito entre processos adaptativos incompatíveis, mobilizados pela mesma situação, cuja tensão sustenta o comportamento evitativo e o sofrimento dele decorrente.
Comportamento afetivo condicionado	Processo pelo qual respostas emocionais e comportamentais se associam a determinados contextos por repetição, valor ou intensidade, passando a ser autônomas e autômatas.
Comportamento evitativo	Afastamento de situações, estímulos ou estados internos associados ao desconforto. Produz alívio imediato, e é esse alívio que o mantém.
Euísmo	Manifestação da narrativa coerente na qual a pessoa explica o próprio funcionamento como atributo fixo derivado de um evento anterior, na forma "eu sou assim por causa disso".
Imagética	Direcionamento de ideias, lembranças e imagens que ativa áreas cerebrais e respostas condicionadas.
Interocepção	Percepção dos estados internos do corpo. Na TRI, é o canal pelo qual o trabalho ocorre e a postura que o terapeuta adota, não uma técnica específica.
Reintegração	Estado em que processos adaptativos que operavam em conflito passam a coexistir sem se contrapor.
Remissão	Redução dos sintomas que motivaram a busca por terapia.
Triangulação	Arranjo funcional entre terapeuta, cliente e a representação que emergiu, tratada como conjunto organizado de estratégias adaptativas e não como personagem ou entidade.

REFERÊNCIAS

GAGNIER, J. J.; KIENLE, G.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; SOX, H.; RILEY, D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 53, n. 10, p. 1541-1547, 2013. DOI: 10.1111/head.12246.

HANSSON, S. O. Defining pseudoscience and science. In: PIGLIUCCI, M.; BOUDRY, M. (Ed.). **Philosophy of pseudoscience: reconsidering the demarcation problem**. Chicago: University of Chicago Press, 2013. p. 61-78.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

STILES, W. B. Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. **Counselling and Psychotherapy Research**, v. 7, n. 2, p. 122-127, 2007. DOI: 10.1080/14733140701356742.

CAPÍTULO 1

TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): CONCEITOS FUNDAMENTAIS

IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): FUNDAMENTAL CONCEPTS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-001>

Rafael Kraisch

Doutorando em Neurociências (UFSC)

E-mail: contato@rafaelkraisch.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8733-5416>

RESUMO

A psicoterapia e as neurociências são campos em desenvolvimento contínuo, nos quais modelos clínicos são formulados e revisados à medida que novas evidências se tornam disponíveis. A Terapia de Reintegração Implícita (TRI) é uma abordagem de psicoterapia breve construída nesse diálogo. Este capítulo apresenta a TRI, seus fundamentos e os termos empregados nos relatos de caso reunidos nesta obra. A exposição define a abordagem e sua base na neurociência afetiva, situa-a no debate sobre demarcação científica e discute as expectativas com que os clientes chegam à terapia, tendo a autonomia funcional como objetivo clínico. Em seguida, explicita a posição paradigmática da TRI em seus planos ontológico e epistemológico, incluindo a adoção do monismo, e encerra com os dez princípios do Decálogo. Trata-se de texto conceitual, sem dados empíricos primários. O capítulo fixa o vocabulário técnico empregado nos capítulos seguintes, a posição epistemológica da abordagem e os dez princípios que organizam o raciocínio clínico do terapeuta. A TRI é apresentada como modelo em construção, sem estudos controlados publicados em periódicos indexados, com conceitos explicitáveis e abertos à revisão. O texto destina-se à formulação de hipóteses e ao desenho de estudos futuros, e não substitui a formação regular no método.

Palavras-chave: Neurociência; Psicoterapia; Terapia de Reintegração Implícita.

ABSTRACT

Psychotherapy and the neurosciences are fields under continuous development, in which clinical models are formulated and revised as new evidence becomes available. Implicit Reintegration Therapy (IRT) is a brief psychotherapy approach built within this dialogue. This chapter presents IRT, its foundations, and the terms used in the case reports gathered in this book. The exposition defines the approach and its basis in affective neuroscience, situates it within the debate on scientific demarcation, and discusses the expectations with which clients arrive in therapy, taking functional autonomy as the clinical aim. It then sets out the paradigmatic position of IRT in its ontological and epistemological dimensions, including its

adoption of monism, and closes with the ten principles of the Decalogue. This is a conceptual text, without primary empirical data. The chapter establishes the technical vocabulary used in the following chapters, the epistemological position of the approach, and the ten principles that organize the therapist's clinical reasoning. IRT is presented as a model under construction, without controlled studies published in indexed journals, with concepts that are explicit and open to revision. The text is intended for hypothesis formulation and the design of future studies, and does not replace formal training in the method.

Keywords: Implicit Reintegration Therapy; Neuroscience; Psychotherapy.

1 O QUE É A TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA

De forma sucinta, a Terapia de Reintegração Implícita (TRI) é uma abordagem de psicoterapia breve voltada à redução do cisalhamento afetivo, isto é, da tensão que se instala quando Processos Adaptativos incompatíveis são mobilizados diante de uma mesma demanda. A intervenção reorganiza esses processos, e o desconforto que sustentava o comportamento evitativo diminui. Ao estado em que processos antes em conflito passam a coexistir sem se contrapor a abordagem dá o nome de reintegração.

A TRI é uma abordagem terapêutica fundamentada primariamente na neurociência afetiva, partindo da hipótese de que o sistema nervoso humano evoluiu para a vida social e para a regulação de interações interpessoais. A adaptação humana depende do reconhecimento de outros indivíduos e de suas intenções, bem como da capacidade de antecipar respostas sociais e evitar exclusão (SLAVICH, 2020).

A regulação das interações sociais ocorre predominantemente por meio de processos automáticos e não conscientes, que integram respostas fisiológicas, afetivas, cognitivas e comportamentais (SLAVICH, 2020). Esses processos operam de forma preditiva, antecipando o estado provável do corpo a partir de regularidades já aprendidas, o que organiza respostas rápidas e reduz a dependência de deliberação consciente momento a momento (BARRETT; SIMMONS, 2015).

Na TRI, essas respostas automáticas são compreendidas como estratégias adaptativas do sistema nervoso, moduladas por predisposições biológicas, desenvolvimento e contexto relacional, que antecipam o curso provável das interações sociais sem depender de acesso à memória declarativa ou de elaboração cognitiva explícita (TIVADAR; KNIGHT; TZOVARA, 2021).

Em determinadas condições, as respostas adaptativas automáticas do sistema nervoso passam a se generalizar de forma inadequada, sendo acionadas mesmo na ausência de ameaça real. Isso leva o indivíduo a responder a contextos neutros ou ambíguos como se fossem perigosos, produzindo ativações fisiológicas e afetivas que não cumprem mais função reguladora. A repetição dessas respostas gera tentativas sucessivas de adaptação que não resolvem a demanda atual, mantendo estados de desconforto persistente e aumentando a rigidez do funcionamento. Na TRI, esse processo é compreendido como a manutenção de estratégias

automáticas desajustadas diante de demandas contemporâneas, nas quais o sistema nervoso alterna entre ativação defensiva e evitação, sem conseguir integrar a resposta de forma funcional ao contexto presente. O problema não está na existência das respostas adaptativas em si, mas na sua persistência fora das condições para as quais foram originalmente calibradas.

A TRI tem uma proposição especial sobre o ser humano, compreendido como um "mamífero especial". A TRI compreende o ser humano como um "mamífero especial" porque apresenta uma capacidade singular de organizar experiências subjetivas complexas e atuar em contextos sociais mediados por linguagem complexa e abstrata. A TRI apresenta-se como uma abordagem monista e interacionista, que compreende o ser humano como um sistema autopoietico que, assim como uma minúscula célula, mantém e reorganiza seu funcionamento em interação contínua com o ambiente.

Com este paradigma, a TRI se coloca como complemento a outras abordagens de psicoterapia existentes, sobretudo quando não há uma razão ou lógica aparente ao sofrimento, principalmente quando todas as outras estratégias de melhoria cognitivas ou comportamentais já foram ensinadas, treinadas e ensaiadas à exaustão, e que muitas vezes geram uma frustração que apenas aumenta o desconforto de quem já sofria. A proposta da TRI não é descobrir, mudar ou ressignificar eventos passados, tampouco forçar novos comportamentos vistos como "adaptativos" através de sessões contínuas e tarefas de casa. Essas estratégias são necessárias, ainda que percam eficácia quando a pessoa já se encontra em declínio provocado pelo sofrimento crônico.

A intervenção terapêutica da TRI é fortemente embasada na ideia de uma "parentalidade provisória" ou "artificial", no sentido de que a conexão entre terapeuta e cliente é um elemento central do processo (FLÜCKIGER et al., 2018). Isso se justifica porque, ao iniciar a intervenção, lida-se com um sistema autopoietico que, ao longo do tempo, passou a operar por estratégias automáticas de evitação do desconforto, mantendo modos de funcionamento estáveis e autorreferentes, frequentemente já mobilizados em diferentes contextos terapêuticos. Esse vínculo terapêutico é necessário ao longo da intervenção, uma vez que o processo mediativo envolve diálogo e disponibilidade relacional, exigindo compromisso ativo de ambas as partes para que a reorganização do funcionamento adaptativo possa ocorrer.

2 CIÊNCIA OU PSEUDOCIÊNCIA

A TRI é uma prática terapêutica em desenvolvimento contínuo, formulada a partir de estudos sistemáticos em comportamento humano e neurociência afetiva, e de modelos explicativos do funcionamento adaptativo do sistema nervoso. Sua organização inicial decorre de observações clínicas recorrentes, prática terapêutica direta e análise de dados observacionais acumulados ao longo da atuação clínica de seu formulador. Desde sua origem, a TRI se propõe como processo em construção, aberto à revisão conceitual e ao refinamento técnico.

Para situar adequadamente a TRI no debate entre ciência e pseudociência, é necessário recorrer ao problema da demarcação científica. Um dos autores contemporâneos mais relevantes nesse debate é Sven Ove Hansson, filósofo da ciência que se dedicou a analisar os critérios que distinguem práticas científicas de pseudociências. Segundo Hansson, a diferença central não está na quantidade de evidências disponíveis em um dado momento, mas no comportamento epistemológico de uma teoria ou prática, isto é, na forma como ela lida com a crítica e com a possibilidade de revisão. Práticas pseudocientíficas tendem a apresentar afirmações não testáveis ou irrefutáveis, resistência sistemática à crítica, proteção de hipóteses centrais por meio de explicações ad hoc e ausência de abertura real à revisão. Em contraste, práticas alinhadas ao método científico formulam hipóteses explicitáveis, admitem a possibilidade de erro, aceitam crítica externa e reconhecem seus próprios limites conceituais e metodológicos (HANSSON, 2017).

A TRI não se apresenta como ciência institucional consolidada nem como abordagem validada por alto nível de evidência experimental. Até o momento, a abordagem não dispõe de estudos controlados publicados em periódicos indexados nem de replicação por equipes sem vínculo com a instituição formadora. Ao mesmo tempo, ela não se enquadra como pseudociência nos termos descritos por Hansson, uma vez que não se sustenta em dogmas imunes à crítica, não recorre a explicações metafísicas ou não testáveis e reconhece explicitamente seu estágio atual de desenvolvimento.

A prática da TRI organiza-se a partir de hipóteses plausíveis, observáveis no contexto clínico e passíveis de revisão ou abandono conforme novas informações se tornem disponíveis. Os efeitos notados em sua aplicação são compreendidos como dados clínicos preliminares, utilizados para orientar hipóteses e estruturar a prática, e não como comprovação definitiva de eficácia.

Assim, a TRI se define pela forma como produz e revisa conhecimento. Esse posicionamento epistemológico afasta a TRI dos critérios que caracterizam pseudociências e a insere no campo de práticas que assumem de maneira explícita seus limites e seu compromisso com a revisão contínua.

3 EXPECTATIVAS DOS CLIENTES

É comum que pessoas busquem a terapia motivadas por uma expectativa difusa de "felicidade", frequentemente moldada por padrões culturais idealizados e pouco realistas. Essas expectativas incluem a eliminação do estresse, a ausência de cansaço, desempenho constante elevado e a descoberta de um propósito permanente, como se o funcionamento humano saudável implicasse a ausência de desconforto ou limitação.

Na prática clínica da TRI, essas expectativas favorecem uma postura passiva diante da própria vida, na qual o indivíduo aguarda que mudanças externas ou intervenções terapêuticas produzam, por si só, bem-estar duradouro. Nesses casos, o terapeuta é frequentemente investido, ainda que de forma implícita, no papel de agente reparador ou fornecedor de soluções prontas, o que reforça dependência e frustrações

sucessivas. Que as expectativas do cliente quanto ao desfecho tenham relação com o resultado do tratamento é achado documentado em meta-análise, ainda que a literatura não trate especificamente do efeito de expectativas idealizadas (CONSTANTINO et al., 2018).

Além de reduzir sintomas e corrigir padrões comportamentais específicos, a TRI se propõe a favorecer o desenvolvimento de autonomia funcional. Entende-se autonomia como a capacidade do indivíduo de reconhecer seus estados internos, compreender seus limites adaptativos e assumir responsabilidade ativa por escolhas e ações no contexto de sua própria vida.

Ao longo da prática clínica, observa-se que muitos indivíduos operam de forma excessivamente automatizada, guiados por respostas habituais e evitativas, com baixa percepção de seus próprios estados afetivos e corporais. A intervenção terapêutica visa ampliar a capacidade de interocepção, isto é, a percepção consciente dos próprios estados internos, favorecendo ajustes mais adequados entre demandas externas e respostas internas. A relação entre consciência interoceptiva e regulação emocional está descrita na literatura, tanto em formulação teórica com protocolo clínico associado (PRICE; HOOVEN, 2018) quanto em estudo que associa a atenção interoceptiva ao uso flexível de estratégias de regulação (TAN et al., 2023).

Nesse contexto, a mudança terapêutica decorre do fortalecimento da capacidade do indivíduo de regular-se e sustentar escolhas alinhadas às suas condições reais. O objetivo da TRI é, portanto, promover um processo de autonomia progressiva, no qual a pessoa reconhece que sua vida não será isenta de desconfortos, mas pode ser conduzida de forma mais responsável e funcional.

4 O PARADIGMA TRI

Um paradigma é o conjunto de pressupostos que orienta um campo de estudo e direciona a aplicação prática de um conhecimento, definindo o que se considera existente, o que se considera possível de conhecer e, a partir disso, o que se considera intervenção legítima (KUHN, 1962). Esses pressupostos raramente aparecem no método em si, mas é deles que o método deriva. Uma técnica clínica não flutua solta, expressa uma posição prévia sobre o que é o ser humano e sobre como se pode conhecê-lo.

A apresentação do paradigma da TRI se organiza aqui em dois momentos. Primeiro, a posição sobre o que existe e sobre o que se pode conhecer, que é onde se situam a perspectiva êmica e a compreensão do repertório do indivíduo como socialmente constituído. Depois, a posição sobre a relação entre mente e corpo, que é o monismo.

5 ONTOLOGIA E EPISTEMOLOGIA

Ontologia e epistemologia são os dois eixos que organizam qualquer posição paradigmática. A ontologia trata do que existe, isto é, da natureza daquilo que se investiga. A epistemologia trata do que pode

ser conhecido desse objeto e por quais meios, e de como o conhecimento é produzido e significado (CROTTY, 1998). As duas perguntas são distintas e a resposta a uma condiciona a resposta à outra: o que se admite existir delimita o que se pode pretender conhecer.

No plano ontológico, a TRI reconhece a influência de fatores culturais e sociais sobre a experiência vivida, sem reduzir essa experiência a construção puramente discursiva. Há realidade, e há condições materiais e relacionais que produzem sofrimento independentemente do modo como são narradas. Indivíduo e sociedade coexistem em um mundo social compartilhado, no qual as estruturas sociais influenciam o sujeito e são por ele influenciadas, ainda que esses efeitos nem sempre sejam reconhecidos na experiência cotidiana (ARCHER, 1995; BHASKAR, 2008). O acesso a essa realidade é sempre mediado e situado, o que impede tanto o realismo ingênuo quanto o relativismo que dissolve o fenômeno na linguagem.

No plano epistemológico, a TRI reconhece a presença de subjetividade e intersubjetividade no processo terapêutico. Os dados clínicos não são colhidos de um objeto neutro, mas emergem da interação entre cliente e terapeuta e são interpretados dentro de um contexto relacional específico (WEAVER; OLSON, 2006). O terapeuta atua como intérprete do fenômeno clínico, e as informações provenientes do cliente chegam mediadas pela relação e pela própria estrutura interpretativa do profissional. Disso decorre uma exigência prática: cautela na formulação, reflexividade sobre a própria leitura e compromisso com a revisão contínua das hipóteses clínicas.

Daí a adoção da perspectiva êmica, que considera a experiência do indivíduo tal como é por ele percebida e relatada, e não apenas conforme categorias externas de classificação, reconhecendo a coexistência de múltiplos níveis de descrição da realidade clínica (WELFORD; MURPHY; CASEY, 2011). A isso se soma uma posição sobre a origem do repertório, o conjunto de saberes que a pessoa mobiliza resulta de referenciais compartilhados e incorporados ao longo da vida na interação com o meio social, cultural e simbólico, muitas vezes sem que ela reconheça sua procedência (VYGOTSKY, 1984).

6 MONISMO

A visão predominante em nossa cultura é a de um dualismo cartesiano, que separa um elemento pensante de um elemento percebido ou material. Dessa separação derivam noções amplamente disseminadas e clinicamente problemáticas, como a de que a mente seria superior ao corpo, ou a de que uma mente saudável produziria por si um corpo saudável. A formulação tem origem em Descartes e permanece operando como referência cultural, muito além do debate filosófico que a produziu (DAMÁSIO, 2012).

Para a TRI essa dualidade não existe. Aquilo que chamamos de mente é a percepção subjetiva a partir do funcionamento de um cérebro vivo, funcionamento que por sua vez altera a própria estrutura

fisiológica que o produz, em um processo contínuo de interação. Não há uma instância mental que habite o corpo e o comande de fora. Há um organismo cujo funcionamento, ao ser percebido por ele mesmo, recebe o nome de mente.

Desse funcionamento decorre o que chamamos de consciência, isto é, a noção de um fluxo de "eu" em atualização permanente, um eu que é sempre um por vir. Essa leitura se articula à compreensão do organismo como sistema autopoietico, um sistema que mantém e reorganiza seu funcionamento sem substituir a própria estrutura. Cabe registrar que a relação entre mente e corpo permanece em disputa aberta, na filosofia e na própria neurociência. A TRI adota o monismo por ser a posição mais compatível com o que a pesquisa contemporânea descreve sobre a dependência dos estados mentais em relação aos estados cerebrais, sem tomá-lo como questão encerrada na literatura (MASI, 2023).

7 DECÁLOGO TRI

A organização do Decálogo foi desenvolvida por Rafael Kraisch ao longo de mais de vinte anos de prática clínica, sendo progressivamente refinada a partir da experiência acumulada em atendimentos e supervisões, e do diálogo contínuo com seus próprios alunos. Essa construção se apoia na vivência clínica e no diálogo com evidências consolidadas das neurociências, bem como com hipóteses clínicas compatíveis com esses achados, especialmente no que se refere às dinâmicas afetivas e relacionais do comportamento humano.

O Decálogo é uma organização epistemológica da prática da TRI, isto é, uma forma estruturada de orientar como o terapeuta observa, formula hipóteses e conduz sua tomada de decisão clínica, e não um protocolo a ser aplicado mecanicamente. Seu caráter é didático e formativo, oferecendo clareza conceitual e coerência metodológica ao raciocínio clínico, mantendo a intervenção alinhada às hipóteses neurocientíficas que fundamentam a abordagem.

Os princípios que compõem o Decálogo funcionam como eixos organizadores da formação do terapeuta e da condução da intervenção clínica no contexto da TRI. Não são prescrição de tratamento nem generalizações universais sobre o sofrimento humano. Sua aplicação é restrita ao paradigma da TRI, no qual o sofrimento é compreendido como parte de processos adaptativos biopsicossociais específicos, formulados como hipótese explicativa dentro desse modelo teórico, e não como definição ontológica universal.

Apresentam-se a seguir os dez princípios, em formulação resumida, suficiente para acompanhar os relatos que compõem esta obra.

1. **Processos Adaptativos:** os mecanismos pelos quais o sistema nervoso organiza respostas às demandas do ambiente, priorizando adaptação, eficiência funcional e conservação de recursos. Consolida-se porque foi repetido em determinadas condições, seja por ter cumprido alguma

função, seja por simples permanência, e passa a operar automaticamente mesmo quando as condições mudam.

2. Narrativa Coerente: a explicação racional e socialmente aceitável que a pessoa constrói para dar sentido ao que sente, e que pode operar como estratégia de evitação. Falar sobre o sofrimento nem sempre é processá-lo, às vezes é uma forma de manter distância da experiência corporal que o sustenta.
3. Cérebro Amoral¹: o sistema nervoso é produto do processo evolutivo, voltado à sobrevivência. As noções de certo e errado não são inatas ao mamífero humano, decorrem do ambiente e do aprendizado, e operam de forma automática, a serviço da adaptação ao grupo.
4. Corpo é o Palco: corpo e sistema nervoso formam uma unidade funcional. Sintomas corporais não são símbolos de conflitos ocultos, mas expressões fisiológicas de estados adaptativos em curso.
5. Sacrifício por Amor aos Iguais: pertencer a um grupo é necessidade fisiológica. Um vínculo pode ser, ao mesmo tempo, fonte de desconforto e condição não opcional, e o indivíduo pode sacrificar necessidades próprias para preservá-lo. É dessa tensão que emergem os cisalhamentos.
6. Sistemas Representacionais: organizações consolidadas pela convivência social, que definem como a pessoa reconhece relação, ameaça e pertencimento. São representacionais em dois sentidos: ela atua como representante dos aprendizados que incorporou do grupo, e lê as situações presentes como representações de estruturas anteriores. O comportamento visível é expressão do sistema que o organiza, e o "eu" não é entidade fixa, mas organização em atualização constante.
7. Scripts de Atuação: padrões de atuação aprendidos, explícitos ou implícitos, que se consolidaram por repetição e são executados automaticamente quando o sistema correspondente é ativado. O foco clínico está em qual função o script ainda cumpre hoje, não no evento que o originou.
8. Demanda Afetiva: a tendência do sistema nervoso a preservar coerência interna mantendo a organização afetiva na qual foi condicionado a funcionar, repetindo posições relacionais consolidadas.
9. Processo Mediativo: o modo como o terapeuta intervém no cisalhamento, por meio de três movimentos integrados: imagética, triangulação e catarse reintegrativa. Chama-se mediativo

¹ Cérebro amoral é um nome didático. Cérebro é empregado aqui em sentido amplo, como equivalente a encéfalo.

porque o terapeuta não impõe solução nem interpreta de fora, e sim medeia motivações que já estão em choque no sistema do cliente.

10. O Problema não é o Problema: a queixa apresentada nem sempre revela a dinâmica que sustenta o sofrimento. O princípio se aplica ao sofrimento percebido subjetivamente, sem estímulo atual que o justifique, e não ao sofrimento que decorre de condições concretas. Violência, abuso, guerra, precariedade e insegurança produzem sofrimento proporcional às condições que os geram, e nesses casos não há cisalhamento a reduzir.

Os dez princípios não descrevem etapas de um processo nem uma ordem cronológica de intervenção. Sua função é de aprendizagem: organizam e fixam a compreensão do modelo, oferecendo ao terapeuta em formação um vocabulário comum e um encadeamento lógico para raciocinar sobre o caso.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou os conceitos fundamentais da Terapia de Reintegração Implícita, o que a abordagem propõe, o paradigma que a orienta e os dez princípios que organizam seu raciocínio clínico.

A exposição é introdutória e não esgota o modelo. Cada princípio tem desdobramentos teóricos e clínicos que ultrapassam o escopo deste texto, e é na formação regular que esse aprofundamento ocorre.

A TRI é um modelo em construção, sustentado por observação clínica sistematizada e pelo diálogo contínuo com a neurociência afetiva e social. Seus conceitos são explicitáveis e abertos ao refinamento, e é assim que a abordagem segue se desenvolvendo, formulando hipóteses, submetendo-as ao exame e revisando o que for necessário.

REFERÊNCIAS

ARCHER, M. S. **Realist social theory: the morphogenetic approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BARRETT, L. F.; SIMMONS, W. K. Interoceptive predictions in the brain. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 16, n. 7, p. 419-429, 2015. DOI: 10.1038/nrn3950.

BHASKAR, R. **A realist theory of science**. London: Routledge, 2008.

CONSTANTINO, M. J.; VÍSLA, A.; COYNE, A. E.; BOSWELL, J. F. A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. **Psychotherapy**, v. 55, n. 4, p. 473-485, 2018. DOI: 10.1037/pst0000169.

CROTTY, M. **The foundations of social research: meaning and perspective in the research process**. London: Sage, 1998.

DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

FLÜCKIGER, C.; DEL RE, A. C.; WAMPOLD, B. E.; HORVATH, A. O. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. **Psychotherapy**, v. 55, n. 4, p. 316-340, 2018. DOI: 10.1037/pst0000172.

HANSSON, S. O. Science denial as a form of pseudoscience. **Studies in History and Philosophy of Science Part A**, v. 63, p. 39-47, 2017. DOI: 10.1016/j.shpsa.2017.05.002.

KUHN, T. S. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1962.

MASI, M. An evidence-based critical review of the mind-brain identity theory. **Frontiers in Psychology**, v. 14, art. 1150605, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1150605.

PRICE, C. J.; HOOVEN, C. Interoceptive awareness skills for emotion regulation: theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). **Frontiers in Psychology**, v. 9, art. 798, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00798.

SLAVICH, G. M. Social safety theory: a biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 16, p. 265-295, 2020. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159.

TAN, Y.; WANG, X.; BLAIN, S. D.; JIA, L.; QIU, J. Interoceptive attention facilitates emotion regulation strategy use. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 23, n. 1, art. 100336, 2023. DOI: 10.1016/j.ijchp.2022.100336.

TIVADAR, R. I.; KNIGHT, R. T.; TZOVARA, A. Automatic sensory predictions: a review of predictive mechanisms in the brain and their link to conscious processing. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 15, art. 702520, 2021. DOI: 10.3389/fnhum.2021.702520.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WEAVER, K.; OLSON, J. K. Understanding paradigms used for nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, n. 4, p. 459-469, 2006. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x.

WELFORD, C.; MURPHY, K.; CASEY, D. Demystifying nursing research terminology: part 1. **Nurse Researcher**, v. 18, n. 4, p. 38-43, 2011. DOI: 10.7748/nr2011.07.18.4.38.c8635.

CAPÍTULO 2

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E GLOSSOFOBIA TRATADOS COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

SOCIAL ANXIETY DISORDER AND GLOSSOPHOBIA TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautor712026-002>

Alessandro Taranto

Médico Neurologista, CRM-DF 14220 | RQE 13684, Brasília (DF)

E-mail: algtmed@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7880-5536>

RESUMO

O transtorno de ansiedade social e sua forma restrita à fala em público, a glossofobia, são condições prevalentes e incapacitantes, associadas à esquiva de situações de exposição e a prejuízo social e profissional. Representam desafios clínicos importantes, sobretudo quando os sintomas persistem apesar das intervenções já consolidadas. Este artigo apresenta o relato de caso clínico de um cliente de 48 anos, contador, com glossofobia e ansiedade social, histórico de adversidade na infância e uso pregresso de álcool como estratégia de enfrentamento, tratado por meio da Terapia de Reintegração Implícita (TRI). As sessões trabalharam a interocepção e a redução do cisalhamento afetivo, a tensão entre processos adaptativos incompatíveis que sustentava o comportamento evitativo condicionado no presente, favorecendo a compreensão de como suas respostas corporais e emocionais mantinham a esquiva social. Durante o processo terapêutico, observou-se redução da reatividade somática nas situações de exposição, manutenção da abstinência alcoólica, retomada de comportamentos antes evitados e maior assertividade nos contextos profissional e comunitário. O caso sugere que a TRI pode contribuir no manejo da glossofobia e da ansiedade social, ao possibilitar respostas mais coerentes e adaptativas diante das experiências emocionais, ainda que, por tratar-se de caso único, os achados se prestem à formulação de hipóteses e não ao estabelecimento de eficácia.

Palavras-chave: Glossofobia; Terapia de Reintegração Implícita; Transtorno de ansiedade social.

ABSTRACT

Social anxiety disorder and its form restricted to public speaking, glossophobia, are prevalent and disabling conditions, associated with avoidance of exposure situations and social and occupational impairment. They represent important clinical challenges, especially when symptoms persist despite already established interventions. This article presents the clinical case report of a 48-year-old client, an accountant, with

glossophobia and social anxiety, a history of childhood adversity, and prior alcohol use as a coping strategy, treated through Implicit Reintegration Therapy (IRT). The sessions worked on interoception and on reducing the affective shear, the tension between incompatible adaptive processes that sustained the conditioned avoidant behavior in the present, fostering an understanding of how his bodily and emotional responses maintained social avoidance. Over the course of therapy, there was a reduction in somatic reactivity in exposure situations, maintenance of alcohol abstinence, resumption of previously avoided behaviors, and greater assertiveness in the professional and community settings. The case suggests that IRT may contribute to the management of glossophobia and social anxiety by fostering more coherent and adaptive responses to emotional experiences, although, as a single case, the findings serve to generate hypotheses rather than to establish efficacy.

Keywords: Glossophobia; Implicit Reintegration Therapy; Social anxiety disorder.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de ansiedade social (TAS), também denominado fobia social, caracteriza-se por medo ou ansiedade intensos e persistentes diante de situações em que o indivíduo se percebe exposto ao escrutínio alheio, com evitação ou sofrimento marcado durante a exposição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A prevalência ao longo da vida é estimada em até cerca de 13% em países de alta renda, com prevalência em 12 meses em torno de 7% nesses mesmos contextos, ao passo que estimativas transnacionais são consideravelmente menores, com prevalência ao longo da vida em torno de 4% (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017). O início é precoce, habitualmente na infância tardia e na adolescência (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017). O quadro combina sintomas autonômicos, como sudorese, taquicardia, tremores e rubor facial, a uma preocupação persistente com o constrangimento e a vergonha (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017; MARINHO et al., 2019).

Entre suas apresentações, o medo de falar em público, popularmente designado glossofobia, é o mais frequentemente relatado em amostras comunitárias e universitárias, alcançando até cerca de um terço da população (EBRAHIMI et al., 2019; MARINHO et al., 2019). O DSM-5 o acomoda pelo especificador "somente desempenho", aplicável quando o medo se restringe à fala ou à performance e o indivíduo não teme nem evita situações sociais de outra natureza. O subtipo desempenho costuma apresentar início mais tardio, menor prejuízo funcional e resposta psicofisiológica mais acentuada, perfil descrito como distinto do transtorno em sua forma difusa, embora a delimitação entre os subtipos permaneça em debate (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017).

O impacto funcional concentra-se onde a fala é instrumento de trabalho. O quadro prejudica a progressão profissional e acadêmica, e a esquivia reiterada de situações de exposição estreita

progressivamente a rede social do indivíduo, com sentimento de solidão como desfecho frequente (LEICHSENRING; LEWEKE, 2017; MIRANDA et al., 2020). Ainda assim, a condição permanece subdiagnosticada e subtratada (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017).

As intervenções com suporte empírico são bem estabelecidas e incluem a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas de exposição e o tratamento farmacológico (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017). Seus limites também são bem documentados. A base de evidência para o medo de falar em público especificamente é menos consistente do que a do transtorno de ansiedade social em geral, e uma parcela dos pacientes mantém sintomas após tratamento adequado (EBRAHIMI et al., 2019; HYETT; MCEVOY, 2018). Persiste, portanto, espaço para documentar abordagens que operem por vias distintas da exposição e da reestruturação cognitiva.

A Terapia de Reintegração Implícita (TRI), desenvolvida por Kraisch (2026), é uma dessas propostas. Trata-se de abordagem psicoterapêutica breve, fundamentada em princípios de neurociência afetiva e no modelo biopsicossocial, ainda sem estudos controlados publicados em periódicos indexados. Organiza-se em torno de dez princípios e desloca o campo de trabalho da narrativa do evento adverso para a interocepção, isto é, a percepção das sensações corporais, e para os processos adaptativos que sustentam o comportamento evitativo condicionado no presente.

O relato de caso tem como função documentar de forma disciplinada aquilo que ainda não pode ser testado, e sua contribuição legítima é a formulação de hipóteses verificáveis por desenhos posteriores (STILES, 2007). Este trabalho, de caráter exploratório, descreve a aplicação da TRI em um cliente com transtorno de ansiedade social e histórico de adversidade na infância, detalhando a apresentação clínica, o procedimento conduzido, os desfechos observados no seguimento e as limitações do relato. A discussão examina a evolução do caso à luz do construto de desamparo aprendido e da literatura sobre interocepção, sem inferir causalidade a partir de um caso único.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

2.1 APRESENTAÇÃO DO CASO

Sr. J.², homem de 48 anos, profissional da área contábil, procurou atendimento em TRI por ansiedade intensa e antecipatória diante de situações de fala em público. Há referência a tratamento psicoterápico prévio com terapia cognitivo-comportamental, sem sucesso observado. Não há dados especificados de número de sessões nem de tempo de tratamento.

² Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

Dois motivos o trouxeram. O primeiro era a queixa direta, a sensação de “trava” ao expor ideias em grupo, com prejuízo ocupacional acumulado. O segundo era indireto e, segundo ele, decisivo. Observava no filho, em idade pré-escolar, traços de retraimento social que reconhecia como próprios, e temia ter transmitido a ele essa dificuldade. Relatou, ainda, ter sido diagnosticado com glossofobia por seu médico psiquiatra. A queixa que organizava as demais era a insegurança e o medo de errar, presentes em contextos que iam muito além do trabalho.

O programa terapêutico compreendeu dois encontros. O primeiro, com duração aproximada de duas horas e quinze minutos, reuniu avaliação clínica e sessão de intervenção em um único atendimento. O segundo, de acompanhamento, ocorreu cerca de um mês depois e teve duração aproximada de três horas.

A avaliação, na primeira parte do encontro inicial, teve dois objetivos: caracterizar os sintomas e os conflitos narrados e conduzir a anamnese com atenção específica a como o cliente percebe as tensões que relata.

A anamnese observou uma infância em ambiente familiar punitivo, que o cliente qualificou como “negacionista”, com agressão física frequente pelos pais e cobrança persistente por desempenho impecável. Daí, na leitura dele, o medo de fracassar. Na infância, apresentou uma lesão visível na região craniana, corrigida cirurgicamente já na idade adulta jovem, com cicatriz residual discreta. Antes da cirurgia, a lesão o tornou alvo de agressões verbais reiteradas na escola. A cirurgia removeu a lesão, porém o retraimento social persistiu como sintoma recorrente. Durante a entrevista, o cliente trouxe espontaneamente dois eventos que credits como formadores: um episódio de abuso sexual na infância, por uma funcionária da casa, e uma traição amorosa na adolescência, à qual atribui sua dificuldade em valorizar relações com mulheres.

As repercussões funcionais eram amplas. No trabalho, o cliente conduz periodicamente reuniões com até vinte participantes e descreve nesses momentos uma “trava”, em que não expõe as ideias que havia preparado e perde o fio do próprio raciocínio. Atribui a esse padrão o fato de seu empreendimento não ter crescido no ritmo que esperava. Socialmente, a dificuldade aparece de forma seletiva, diante de interlocutores que percebe como rudes e em grupos sem intimidade prévia, e não em ambiente familiar próximo. Na comunidade religiosa, deixou de participar de encontros que exigissem fala e perdeu amizades por ausência progressiva. O padrão de esquiva é consistente entre os três domínios, e onde há avaliação, ele se retira.

O cliente relatou um conjunto somático estável nas situações de exposição: sudorese e sensação de frieza nas mãos, taquicardia, náusea, dor abdominal, dor cervical e em ombros, e inquietação motora que sente como necessidade de balançar as pernas. No plano afetivo, percebe-se como inseguro, bloqueado, “sem assunto”, “pequeno”, não pertencente e rejeitado. A vergonha era o sentimento central, o receio de ser

menosprezado e, sobretudo, de passar vergonha novamente. A vergonha ia além da esquiva de plateias e produzia desconexão dentro de casa.

O cliente menciona, ainda, expectativa persistente de que os outros irão “aprontar” com ele, sintomas antecipatórios que precediam o contato interpessoal e o levavam a uma postura mais fechada e ao isolamento com televisão e som altos, que dizia fazê-lo sentir-se melhor.

Durante anos, utilizou álcool como o que chamou de “anestésico” para a timidez, em grandes quantidades com o objetivo explícito de tornar-se mais extrovertido. Cerca de seis meses antes do primeiro encontro, um episódio de amnésia alcoólica presenciado pelo filho, que tentou defendê-lo, funcionou como ponto de virada. Interrompeu o consumo e procurou tratamento. Na sessão de acompanhamento, cerca de um mês após a intervenção, relatou manutenção da abstinência, afirmando ser esse o mais difícil em sua trajetória de mudança.

2.2 A NARRATIVA COERENTE

O cliente abriu a sessão de intervenção com uma história de vida organizada e detalhada, na qual cada dificuldade atual tinha uma origem identificada. Afirmou ter sido uma criança brincalhona e extrovertida até a adolescência, quando, na sua leitura, a lesão craniana, as agressões escolares e a traição amorosa produziram o adulto inseguro que procurou atendimento. A relação causal era explícita e ele a sustentava com convicção: “não valorizo relações com mulheres porque fui traído e tenho medo de fracassar porque fui cobrado”.

Segundo Kraisch (2026), o cliente constrói uma narrativa internamente coerente que valida sua identidade e justifica seu sofrimento. No caso, ela assume em particular a forma do euísmo, a estrutura “eu sou assim por causa daquilo”, uma construção de si aprendida social e culturalmente, que explica os próprios comportamentos sem necessariamente corresponder ao que sustenta o comportamento evitativo condicionado. A narrativa é lógica para quem a conta, e isso não a torna a origem da dor.

Essa organização da experiência pessoal em uma narrativa coerente e centrada em si tem correlato na neurociência da memória autobiográfica, em que a reconstrução dos eventos e a incorporação do self a eles se apoiam em uma rede distribuída de autoprojeção e processamento autorreferencial, na qual o córtex pré-frontal medial participa da integração do self à narrativa, enquanto o hipocampo contribui para a construção dos detalhes episódicos (KURCZEK et al., 2015).

No caso, a “história oficial” era coesa e verificável em seus fatos. A TRI não contesta essa história, pois os eventos ocorreram. O que ela propõe é notar que a narrativa responde à pergunta errada e explica por que ele é assim, sem tocar no que ele evita sentir. Alinhado com o décimo princípio, o problema percebido que o cliente narrava com precisão não era o problema real (KRAISCH, 2026).

2.3 INTEROCEPÇÃO

A interocepção, processo pelo qual o sistema nervoso capta, interpreta, integra e regula sinais fisiológicos originados no interior do corpo, é considerada, na literatura atual, fundamento da experiência emocional e da regulação homeostática, dependente de vias como o nervo vago e de estruturas corticais como o córtex da ínsula e o córtex cingulado anterior (BONAZ et al., 2021; BREWER; MURPHY; BIRD, 2021; CHEN et al., 2021). Disfunções na acurácia ou na sensibilidade interoceptiva têm sido associadas a diversos quadros psiquiátricos, incluindo transtornos de ansiedade (BONAZ et al., 2021; BREWER; MURPHY; BIRD, 2021).

Na TRI, a interocepção corresponde ao quarto princípio, “o corpo é o palco” (KRAISCH, 2026), em que as sensações corporais funcionam como via de acesso ao que sustenta o comportamento evitativo condicionado. A sessão de intervenção seguiu esse eixo. Por meio de relaxamento e imaginação guiada, a imagética, o cliente foi conduzido a um estado de atenção voltada às próprias sensações internas. Convidado pelo terapeuta a dar forma física à sensação de vergonha e desprezo que sentia, emergiu a figura de uma tia materna, associada a uma memória de infância. Por volta dos seis anos, durante uma viagem em família, essa tia o colocou dentro de uma bacia de madeira e o lançou em um rio, em brincadeira que o cliente, sem saber nadar, viveu como pânico genuíno, e diante de cujo desespero a tia reagiu com deboche.

Convém esclarecer o que a TRI entende por essas imagens. Elas são respostas automáticas do próprio condicionamento do cliente, associações formadas ao longo da vida, disparadas com rapidez e abaixo do limiar da consciência. Não provêm de um plano oculto nem revelam intenções externas. Do mesmo modo que a palavra “amarelo” evoca de imediato um objeto já associado a ela, o convite a dar forma a uma sensação evoca a imagem mais fortemente condicionada àquele estado afetivo. Mais do que o medo de se afogar, o que marcou o cliente foi a expressão de deboche no rosto da tia enquanto ele se debatia na água: “eu confiei em você e ainda fui zombado”, verbalizou durante a sessão, com a emoção à flor da pele ainda presente décadas depois. Esse evento condensava sentimentos de humilhação, quebra de confiança e vergonha que o cliente reconheceu como recorrentes em sua vida adulta.

O material que emergiu girou em torno da vergonha, o sentimento pelo qual o cliente percebia e reagia ao risco de ser avaliado negativamente pelos outros, ligado à percepção de inadequação. É essa dimensão externa da vergonha que a literatura vincula de modo particular à ansiedade social (CÂNDEA; SZENTAGOTAI-TĂTAR, 2018; GAROFALO et al., 2025). No caso, ela se conectava tanto ao episódio do rio quanto às agressões escolares sofridas antes da correção cirúrgica da lesão craniana, e cristalizava a crença de ser inadequado. No plano neurobiológico, revisões de neuroimagem associam a experiência da vergonha a redes de autorreferência e de avaliação social, embora as regiões implicadas variem entre os estudos, uma revisão sistemática vincula a vergonha, mais que o embaraço ou a culpa, ao córtex pré-frontal dorsolateral e ao córtex cingulado posterior (BASTIN et al., 2016), enquanto uma meta-análise mais recente

destaca a ínsula anterior e o córtex cingulado anterior dorsal, regiões ligadas à "dor social" (PIRETTI et al., 2023). A amígdala, mais associada ao embaraço do que à vergonha, tem vínculo menos específico com esta última (BASTIN et al., 2016).

2.4 TRATAMENTO

O tratamento compreendeu dois encontros. O primeiro, com duração aproximada de duas horas e quinze minutos, reuniu a avaliação clínica e a sessão de intervenção descrita nesta seção. A transição de uma para a outra ocorreu de forma fluida, sem interrupção do atendimento. O segundo, de acompanhamento, ocorreu cerca de um mês depois, com duração aproximada de três horas. Ambos foram conduzidos pelo autor, médico neurologista e terapeuta formado em TRI, circunstância que implica ausência de avaliador independente e cegamento. Antes de iniciar a intervenção, o terapeuta comunicou ao cliente que o trabalho daquele encontro poderia ser suficiente, mas que um segundo ou terceiro encontro poderiam ser necessários, enquadramento consistente com o modelo de intervenção concentrada que a TRI propõe, por tratar-se de terapia breve e focada.

A sessão de intervenção teve como primeiro objetivo conectar o cliente às próprias sensações corporais como porta de entrada ao material implícito associado ao sofrimento relatado. Com o apoio de relaxamento progressivo e de uma contagem regressiva associada à imagem de uma escada em movimento, o terapeuta ajudou o cliente a deslocar a atenção do discurso para as próprias sensações internas, isto é, para a interocepção (PRICE; HOOVEN, 2018). Imagética, triangulação e catarse reintegrativa compõem o nono princípio da TRI, o Processo Mediativo, e operam de forma simultânea e entrelaçada, apresentadas a seguir em separado apenas por clareza didática (KRAISCH, 2026). A partir dessa atenção voltada para dentro, foi solicitado ao cliente que desse forma à sensação de vergonha e desprezo, procedimento que a TRI denomina imagética, descrito por Kraisch (2026) como representação simbólica de traços mnemônicos.

Da imagética emergiu a figura da tia materna e a memória do episódio do rio. A TRI denomina esse momento de triangulação, o arranjo funcional entre terapeuta, cliente e a representação evocada, tratada como um feixe de estratégias, sem estatuto de personagem ou entidade autônoma (KRAISCH, 2026). Nesse arranjo, examinaram-se as motivações em tensão e os custos que aquele padrão vinha mantendo. Importa precisar o estatuto dessas representações. A figura da tia é uma resposta automática do condicionamento, evocada no próprio processo, que serve ao esclarecimento funcional do conflito. Não corresponde a uma pessoa reencontrada nem a um conteúdo vindo de um plano oculto. O terapeuta media o contato do cliente com o material que emerge, sem dirigir seu conteúdo.

Facilitado pelo terapeuta, o cliente pôde pôr em palavras, de forma estruturada, a raiva e a dor que associava ao episódio, tornando explícito o que até então operava de modo implícito, como um segredo pessoal ou uma vergonha que precisava ser esquecida. Dirigindo-se à figura simbólica da tia, verbalizou:

"por que você fez isso comigo? Eu era só uma criança indefesa". Relacionou o episódio a consequências percebidas ao longo da vida adulta, em suas palavras, como alguém que "não conseguiu prosperar" e que via a si mesmo como "um fracassado".

Com a orientação do terapeuta, o cliente pôde permanecer em contato com aquilo que sentia, e que se mantinha como uma sensação corporal estranha e desconfortável, sem acionar os movimentos de evitação habituais. Ficou evidente, nesse ponto, que seu comportamento evitativo se sustentava em um conjunto de fatores acumulados ao longo de toda uma vida vinculada à família, muito além do episódio isolado do rio. A relação com o grupo familiar, e com a figura da tia em particular, era simultaneamente dolorosa e necessária, pois, por pertencer àquele grupo, o cliente permanecia atado ao vínculo mesmo sem dele extrair prazer, precisando ao mesmo tempo evitar o desconforto que a relação lhe provocava e preservá-la, porque pertencer não é opcional. É dessa tensão entre motivações incompatíveis que nasce o que a TRI denomina cisalhamento afetivo, articulado ao quinto princípio, o sacrifício por amor aos iguais (KRAISCH, 2026). A catarse reintegrativa permitiu ao cliente reconhecer e começar a reduzir esse cisalhamento.

A sessão ainda trabalhou uma representação de si mesmo quando criança, com cerca de cinco anos, associada a uma lembrança de abandono percebido em contexto hospitalar após uma queda. Cabe esclarecer que esta imagem é apenas um recurso técnico que representa a versão do cliente enquanto criança, durante a triangulação. Não se trata de uma "criança interior" que habite o cliente ou de uma entidade a ser acolhida. Sua função é ajudar o cliente a desenvolver uma visão e uma postura mais afetuosas sobre si mesmo, o que a TRI aproxima da autocompaixão, em linha com o sexto princípio, os sistemas representacionais, a proposição de que o "eu" se organiza como um conjunto de estados internos formados por experiências e vínculos significativos, mais do que como uma instância única (KRAISCH, 2026). A partir dessa imagem, o cliente pôde começar a substituir a autocrítica por uma atitude mais cuidadosa consigo mesmo.

Com base no relato do cliente e na ausência de sinais de sofrimento agudo naquele momento, o terapeuta comunicou não identificar indicação de continuidade de acompanhamento terapêutico estruturado, distinguindo esse encontro de uma sessão de TRI propriamente dita. Trata-se, também aqui, de critério clínico. Ao final, ficou combinado que o cliente aplicaria as estratégias trabalhadas ao longo do mês seguinte, registrando o que evoluísse ou não, com possibilidade de novo contato a depender dessa evolução, em um plano condicional, sem retorno com data marcada.

3 RESULTADOS

A sessão de retorno ocorreu aproximadamente um mês após a sessão de intervenção e teve como propósito verificar a evolução do quadro. O cliente iniciou o encontro afirmando que houve redução da intensidade dos sintomas somáticos centrais. A sensação de "congelamento, suor e tremedeira" que antes o

paralisava havia diminuído de forma marcante, e caracterizou a sessão de intervenção como "um choque" que interrompeu o padrão de ansiedade antes instalado.

A principal mudança apontada foi no modo como o cliente passou a se observar. Onde antes havia autocrítica e vergonha, passou a haver uma atitude mais cuidadosa consigo mesmo, expressa por meio da imagem de si mesmo enquanto criança que emergira na sessão. Essa mudança de observação teve consequência direta sobre o comportamento, diante da ansiedade que ainda surgia em situações sociais, o desconforto corporal deixou de funcionar como sinal para fugir ou se retrair. Em vez de evitar a situação, o cliente conseguia permanecer nela e agir. As frases que dizia a si mesmo nesses momentos, como "ele é merecedor" e "estamos juntos", são registradas aqui como expressão dessa nova postura de autocuidado, sem que, por si, produzissem o resultado.

Três mudanças comportamentais concretas se destacaram.

Em um encontro de sua comunidade religiosa, o cliente contou ter discursado por cerca de quinze minutos, situação que, segundo ele, antes lhe causaria pânico. Descreveu o processo interno: "toda vez que a sensação vinha, eu remetia à imagem da minha criança... ele é merecedor, ele é capaz... Me acalmava". Falou com calma e organização de ideias, e recebeu retorno positivo de outros participantes.

No trabalho, mencionou a perda de um cliente de longa data, evento que, segundo ele, no passado o levaria a um estado de paralisia e autodepreciação. Desta vez, processou a tristeza sem paralisar e, poucos dias depois, fechou um novo contrato de valor consideravelmente superior ao do cliente perdido.

Referiu, ainda, maior clareza e segurança para expressar opiniões e conduzir sua equipe no ambiente profissional, sendo mais assertivo e melhor ouvido pelos colegas do que em seu padrão anterior de comunicação hesitante, marcado pelo medo do julgamento.

O cliente relatou redução da reatividade somática associada às situações de exposição social, manutenção da abstinência alcoólica, retomada de comportamentos antes evitados e maior autopercepção de autocontrole emocional. Não houve, no relato do cliente ou na condução do terapeuta, menção a evento adverso ou a recaída no consumo de álcool.

4 DISCUSSÃO

O quadro do cliente não se restringe ao especificador "somente desempenho" do transtorno de ansiedade social. Embora a queixa de fala em público fosse a mais explícita, a anamnese documentou esquiva e desconforto também em situações sem componente de desempenho, como interações com interlocutores percebidos como rudes, grupos sem intimidade prévia, desconfiança interpessoal generalizada e isolamento domiciliar (LEICHSENDRING; LEWEKE, 2017). Os dados epidemiológicos sobre medo de falar em público citados na introdução (EBRAHIMI et al., 2019; MARINHO et al., 2019) descrevem a apresentação mais divulgada do transtorno, ao passo que o quadro deste cliente se estende

além dela. A cronicidade e a severidade, somadas ao longo histórico de esquiva e ao uso de álcool como enfrentamento, sugerem etiologia multifatorial, e a adversidade precoce documentada na anamnese é consistente com a literatura que associa fatores genéticos e ambientais, incluindo adversidade psicossocial na infância, ao risco do transtorno (HYETT; MCEVOY, 2018).

Na leitura de Kraisch (2026), a TRI desloca o foco da causalidade direta dos eventos passados para a função adaptativa que o padrão de sofrimento exerce no presente, alinhada ao décimo princípio, "o problema não é o problema". Essa perspectiva dialoga com o construto de desamparo aprendido (learned helplessness), o estado em que o indivíduo deixa de associar suas ações a seus resultados após exposição reiterada a estressores percebidos como incontroláveis, com passividade e afetividade negativa (BARATTA; SELIGMAN; MAIER, 2023). A percepção crônica de ineficácia do cliente, verbalizada como sentir-se "um fracassado" havia décadas, é compatível com esse construto, e o comportamento de esquiva teria se originado como proteção diante de um ambiente em que sua ação pouco alterava o desfecho.

Na mesma leitura, a intervenção teria contribuído para o que essa literatura chama de controlabilidade aprendida, o reconhecimento da contingência entre ação e resultado, tido como mecanismo de resiliência, por meio da interocepção, da triangulação e da catarse reintegrativa. Os relatos de resiliência diante do contratempo profissional e da fala em público, obtidos no acompanhamento, são consistentes com essa hipótese. Como boa parte da neurobiologia do desamparo aprendido deriva de modelos animais (BARATTA; SELIGMAN; MAIER, 2023), sua aplicação a este caso é interpretativa, sem constituir medida obtida no cliente.

O trabalho com as sensações corporais como campo primário de intervenção é coerente com o quarto princípio, "o corpo é o palco" (KRAISCH, 2026), e encontra plausibilidade na literatura sobre interocepção, que a considera componente relevante da regulação emocional e associa sua disfunção a quadros de ansiedade (BREWER; MURPHY; BIRD, 2021; PRICE; HOOVEN, 2018). O direcionamento intencional da atenção para as próprias sensações internas é descrito como via possível de trabalho clínico nesses quadros (DUQUETTE; AINLEY, 2019; NORD; GARFINKEL, 2022).

A vergonha foi a maneira como o cliente percebia e reagia ao impulso de evitar o julgamento alheio, ligada ao seu comportamento evitativo. Como sentimento, é a interpretação de emoções associadas à experiência de rejeição, e a literatura vincula de modo particular à ansiedade social a chamada vergonha externa, a percepção de ser avaliado negativamente pelos outros (CÂNDEA; SZENTAGOTAI-TĂȚAR, 2018; GAROFALO et al., 2025). No caso, a intervenção possibilitou, segundo o próprio cliente, a substituição da autocrítica por uma postura de autocuidado.

As limitações do relato devem pesar sobre qualquer implicação clínica. Trata-se de caso único, que não permite estabelecer eficácia, causalidade ou generalização, e cuja evolução, ainda que temporalmente compatível com a intervenção, não exclui remissão espontânea, efeito placebo, expectativa ou regressão à

média. Nenhum instrumento validado (LSAS, SPIN, PRCS, SUDS) foi aplicado, limitação central que impede quantificar a magnitude da mudança, registrada apenas qualitativamente. O desfecho depende do autorrelato do cliente, sem verificação independente, e o autor foi também o terapeuta, em caso não cegado e com interesse declarado na difusão do método, o que acrescenta viés de expectativa. Não houve avaliação sistemática de eventos adversos, e o uso pregresso de álcool é um diagnóstico diferencial e possível comorbidade. O seguimento limitou-se a cerca de um mês, com plano condicional, de modo que não se pode afirmar a manutenção dos ganhos a médio ou longo prazo. Ainda assim, o caso ilustra de forma disciplinada a aplicação de um método em desenvolvimento e gera hipóteses específicas, sobre o papel da interocepção e da narrativa coerente no manejo do TAS difuso, a testar em desenhos com maior controle e instrumentos validados.

5 CONCLUSÃO

Este relato de caso clínico mostrou a aplicação da TRI em um cliente com transtorno de ansiedade social de apresentação difusa e histórico de adversidade na infância, com a melhora na sessão de retorno realizada cerca de um mês após a intervenção. A leitura oferecida pela TRI não localiza o sofrimento do cliente nos eventos adversos de sua história, mas na configuração afetiva que se mantinha ativa no presente, a tensão entre precisar evitar o desconforto ligado ao vínculo familiar e, ao mesmo tempo, precisar preservá-lo por pertencimento, o cisalhamento afetivo que sustentava o comportamento evitativo condicionado. Essa leitura não exigiu do cliente a reconstrução exaustiva de sua história de vida nem o reprocessamento repetido da lembrança evocada, o que distingue a TRI das intervenções baseadas em exposição, amplamente empregadas no tratamento do TAS e da glossofobia (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017).

Há restrição metodológica específica do relato de caso, especialmente quanto à ausência de instrumentos de mensuração validados, estratégia importante a incorporar em relatos futuros de casos tratados com o método. Como contribuição de um caso único, este capítulo documenta, de forma disciplinada, hipóteses que podem orientar investigação futura, sem estabelecer eficácia da TRI. Estudos com desenho controlado, amostras maiores e instrumentos validados de aferição são necessários para que essas hipóteses possam ser testadas (STILES, 2007).

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 93-107, 2017. DOI: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.

BARATTA, M. V.; SELIGMAN, M. E. P.; MAIER, S. F. From helplessness to controllability: toward a neuroscience of resilience. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, art. 1170417, 2023. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1170417.

BASTIN, C. et al. Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates: a systematic review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 71, p. 455-471, 2016. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.09.019.

BONAZ, B. et al. Diseases, disorders, and comorbidities of interoception. **Trends in Neurosciences**, v. 44, n. 1, p. 39-51, 2021. DOI: 10.1016/j.tins.2020.09.009.

BREWER, R.; MURPHY, J.; BIRD, G. Atypical interoception as a common risk factor for psychopathology: a review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 130, p. 470-508, 2021. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.07.036.

CÂNDEA, D.-M.; SZENTAGOTAI-TÁTOR, A. Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: a meta-analysis. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 58, p. 78-106, 2018. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.07.005.

CHEN, W. G. et al. The emerging science of interoception: sensing, integrating, interpreting, and regulating signals within the self. **Trends in Neurosciences**, v. 44, n. 1, p. 3-16, 2021. DOI: 10.1016/j.tins.2020.10.007.

DUQUETTE, P.; AINLEY, V. Working with the predictable life of patients: the importance of "mentalizing interoception" to meaningful change in psychotherapy. **Frontiers in Psychology**, v. 10, art. 2173, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02173.

EBRAHIMI, O. V. et al. Psychological interventions for the fear of public speaking: a meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 10, art. 488, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00488.

GAROFALO, C. et al. Conceptualization and assessment of shame experience and regulation: an umbrella review of synthesis studies. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 32, n. 4, art. e70136, 2025. DOI: 10.1002/cpp.70136.

HYETT, M. P.; MCEVOY, P. M. Social anxiety disorder: looking back and moving forward. **Psychological Medicine**, v. 48, n. 12, p. 1937-1944, 2018. DOI: 10.1017/S0033291717003816.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

KURCZEK, J. et al. Differential contributions of hippocampus and medial prefrontal cortex to self-projection and self-referential processing. **Neuropsychologia**, v. 73, p. 116-126, 2015. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.05.002.

LEICHSENDRING, F.; LEWEKE, F. Social anxiety disorder. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 23, p. 2255-2264, 2017. DOI: 10.1056/NEJMcp1614701.

MARINHO, A. C. F. et al. Prevalência e fatores associados ao medo de falar público. **CoDAS**, v. 31, n. 6, art. e20180266, 2019. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018266.

MIRANDA, H. et al. Medo de falar em público: estudo piloto da glossofobia em contexto de alunos universitários. **Revista INFAD de Psicología**, v. 1, n. 1, p. 263-272, 2020. DOI: 10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1783.

NORD, C. L.; GARFINKEL, S. N. Interoceptive pathways to understand and treat mental health conditions. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 26, n. 6, p. 499-513, 2022. DOI: 10.1016/j.tics.2022.03.004.

PIRETTI, L. et al. The neural signatures of shame, embarrassment, and guilt: a voxel-based meta-analysis on functional neuroimaging studies. **Brain Sciences**, v. 13, n. 4, art. 559, 2023. DOI: 10.3390/brainsci13040559.

PRICE, C. J.; HOOVEN, C. Interoceptive awareness skills for emotion regulation: theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). **Frontiers in Psychology**, v. 9, art. 798, 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00798.

STILES, W. B. Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. **Counselling and Psychotherapy Research**, v. 7, n. 2, p. 122-127, 2007. DOI: 10.1080/14733140701356742.

CAPÍTULO 3

FIBROMIALGIA TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

FIBROMYALGIA TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-003>

Andrine Vanessa Mignoso

Psicóloga - CRP 08/16681 - Presidente Prudente - SP

E-mail: humancoach@gmail.com

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica difusa, acompanhada de fadiga, distúrbios do sono e sofrimento emocional, associada a mecanismos de sensibilização central e frequentemente de difícil manejo, com respostas variáveis aos tratamentos convencionais e recorrência dos sintomas. Este artigo apresenta um relato de caso clínico de uma cliente diagnosticada com fibromialgia, atendida em três sessões pela Terapia de Reintegração Implícita (TRI). Ao longo do processo, a cliente reconheceu aprendizados afetivos relacionados à dor, à raiva, à impotência e à sobrecarga emocional, compreendendo como respostas aprendidas ao longo da vida influenciavam sua percepção corporal e o modo como reagia ao desconforto físico. Esse aprendizado favoreceu a redução do cisalhamento afetivo associado à dor, acompanhada de melhora relatada no sono, na disposição e no bem-estar, e de maior sensação de controle sobre o próprio corpo. O caso sugere, em caráter exploratório e gerador de hipóteses, que a TRI pode contribuir para o manejo da fibromialgia ao favorecer a reorganização de aprendizados afetivos e a redução do cisalhamento, com repercussão na experiência de dor.

Palavras-chave: Dor crônica; Fibromialgia; Terapia de Reintegração Implícita.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome of chronic widespread pain, accompanied by fatigue, sleep disturbances and emotional distress, associated with central sensitization mechanisms and often difficult to manage, with variable responses to conventional treatments and symptom recurrence. This article presents a clinical case report of a client diagnosed with fibromyalgia, treated in three sessions with Implicit Reintegration Therapy (TRI). Throughout the process, the client recognized affective learnings related to pain, anger, powerlessness and emotional overload, understanding how responses learned over the course of her life influenced her bodily perception and the way she reacted to physical discomfort. This learning favored the reduction of the affective shear associated with pain, along with reported improvement in sleep, disposition

and well-being, and a greater sense of control over her own body. On an exploratory, hypothesis-generating basis, the case suggests that IRT may contribute to the management of fibromyalgia by favoring the reorganization of affective learnings and the reduction of affective shear, with repercussions on the pain experience.

Keywords: Chronic pain; Fibromyalgia; Implicit Reintegration Therapy.

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor crônica difusa, usualmente acompanhada de fadiga, disfunção cognitiva e distúrbios do sono, com impacto funcional significativo e diagnóstico clínico que considera múltiplos fatores (OLIVEIRA JÚNIOR; RAMOS, 2019; KRAISCH, 2023). Sua prevalência mundial na população geral é estimada entre cerca de 1% e 4%, a depender dos critérios diagnósticos e da metodologia, com predomínio no sexo feminino, ainda que a magnitude dessa diferença varie entre os estudos (QUEIROZ, 2013), padrão também observado em estudo populacional brasileiro (SOUZA; PERISSINOTTI, 2018). No plano fisiopatológico, a fibromialgia é hoje compreendida como quadro de dor nociplástica sustentado por sensibilização central, com aumento do processamento nociceptivo ascendente e redução da inibição descendente (CLAUW, 2014; ASHMAWI; FREIRE, 2016). Seu tratamento costuma combinar recursos farmacológicos, exercício físico supervisionado e intervenções psicológicas estruturadas, por vezes em arranjo multidisciplinar (OLIVEIRA JÚNIOR; ALMEIDA, 2018).

A Terapia de Reintegração Implícita (TRI), desenvolvida por Rafael Kraisch, é uma abordagem psicoterapêutica breve, cujo foco é o comportamento afetivo condicionado que influencia a experiência do indivíduo, de forma subjetiva ou objetiva (KRAISCH, 2026). Trata-se de um processo individualizado, conduzido em geral entre uma e três sessões, portanto de curta duração quando comparado às abordagens habitualmente recomendadas para a fibromialgia. Seu alvo clínico é a redução do cisalhamento afetivo, isto é, do conflito entre Processos Adaptativos incompatíveis (motivações simultâneas em tensão) que sustenta um comportamento evitativo condicionado. Ao reduzir esse cisalhamento afetivo, favorece-se a possibilidade de uma nova percepção de si e o desenvolvimento de novos comportamentos mais adaptativos (BANDURA, 1977), com a construção de respostas mais coerentes com as demandas do cliente.

Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico no qual a TRI foi aplicada a um quadro de fibromialgia, descrevendo o processo terapêutico, sua fundamentação e os resultados relatados pela cliente. A curta duração do tratamento é discutida como característica da abordagem, sem funcionar como parâmetro de comparação controlada.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

A cliente³, identificada de forma fictícia como Sra. S., tem 59 anos, é cuidadora de idoso, vive em união estável na região metropolitana de São Paulo. Procurou a TRI por encaminhamento médico, relatando: “Meu médico reumatologista me orientou a procurar terapia para resolver questões internas que provocam a dor da minha fibromialgia e me ajudar a controlar a doença.” O diagnóstico de fibromialgia foi laudado por especialista em reumatologia, após anos de queixas de dor crônica difusa, e o tratamento médico incluiu miorrelaxantes e analgésicos, com orientação de limitar esforços dos membros mais acometidos.

Segundo a cliente, o quadro incluía dores de cabeça recorrentes, dor difusa por todo o corpo, insônia de longa data, oscilações de peso e o que descrevia como “uma depressão e uma ansiedade”. Relatava ainda história familiar de negligência emocional e conflitos afetivos ao longo da vida. Cabe distinguir a queixa autorrelatada do diagnóstico formal. Os sintomas emocionais aqui descritos correspondem à percepção da cliente, sem constituir diagnósticos psiquiátricos independentes.

Entre os tratamentos anteriores, a cliente mencionou “terapia psicanalítica freudiana, a constelação familiar sistêmica, terapia com hipnose e vivências de meditação e compromisso, além de arteterapia”. Descreveu melhora apenas parcial e transitória: “eu sentia alívio por algumas semanas, mas a dor sempre voltava e o cansaço não passava”. Buscou a TRI por indicação e por experiência positiva anterior na família, ao considerar que se tratava de um “processo de tratamento diferente, mais profundo, e deu muito certo com meu filho”.

Na entrevista inicial, a cliente apresentou sua Narrativa Coerente, organizando a dor em torno de lembranças de infância que associava a uma vivência de abuso sexual e à percepção de desproteção materna. Na leitura da TRI, esses conteúdos integram a narrativa com que a cliente explica e justifica a própria dor, sem serem tomados como causa do sintoma.

3 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O acompanhamento foi conduzido em três sessões, entre julho e setembro de 2025. As etapas iniciais incluíram entrevista, compreensão da narrativa sobre o problema, explicação breve das possibilidades do tratamento e organização do processo.

³ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

3.1 INTEROCEPÇÃO

A interocepção é a percepção dos estados internos do corpo, como tensão, respiração e desconforto, e constitui o canal pelo qual o trabalho da TRI se realiza. Na sessão, o terapeuta desloca a atenção da cliente do discurso para a experiência corporal presente, com conduções sutis, como: "Observe o que está acontecendo no seu corpo agora. Onde essa sensação aparece primeiro?". Funciona antes como uma postura clínica, a de escutar o dado corporal antes de traduzi-lo em palavras. No caso, a atenção à interocepção sustentou o contato com sinais como peso torácico, calor no centro do peito e mãos frias, com redução da defesa racional (MONTROYA, 2018).

A interocepção mobiliza a ínsula anterior e o córtex cingulado anterior, regiões que participam da integração dos sinais viscerais e contribuem para a experiência emocional consciente (FERMIN et al., 2023). Na fibromialgia, quadro caracterizado por sensibilização central, com amplificação da nocicepção e alterações nas regiões que participam do processamento da dor (HARTE; HARRIS; CLAUW, 2018; MENEZES et al., 2024), o trabalho com a interocepção favorece a redução da hipervigilância e a retomada do corpo como fonte legítima de informação sobre o estado atual, preparando o material que será explorado no processo mediativo.

3.2 PROCESSO MEDIATIVO

O processo mediativo constitui o núcleo da TRI e corresponde ao 9º princípio, o Processo Mediativo, que reúne três movimentos: imagética, triangulação e catarse reintegrativa. Embora descritos em separado por clareza didática, os três ocorrem de forma simultânea e entrelaçada ao longo da sessão, e não em etapas sucessivas. A partir da interocepção, quando uma sensação corporal associada à principal queixa da cliente se torna perceptível, o terapeuta incentiva o desenvolvimento de estímulos imagéticos. A imagética é o direcionamento intencional de imagens e lembranças que desloca a atenção do discurso para a experiência corporal imediata. Seu efeito se apoia em um mecanismo descrito na literatura, no qual a imagem mental opera como uma simulação da realidade, evocando respostas afetivas, corporais e emocionais análogas às de uma experiência direta, com impacto emocional maior que o da representação verbal e com participação de regiões como a ínsula e o córtex cingulado anterior, envolvidas também na interocepção, além da amígdala (JI et al., 2016). As imagens que emergem são respostas automáticas do condicionamento, associações formadas ao longo do tempo e disparadas por um estímulo. Por isso, o convite a dar forma à sensação evoca a imagem mais fortemente associada àquele estado afetivo, com perguntas como "Se essa sensação tivesse uma imagem, algo ou alguém sentado à sua frente agora, o que ou quem seria?".

De modo entrelaçado à imagética, desenvolve-se a triangulação, um arranjo funcional estratégico entre o terapeuta, o cliente e a representação que emergiu, conceito central na formulação da TRI por Rafael Kraisch (KRAISCH, 2026). A representação é tratada como um feixe de estratégias adaptativas. Nela, o

terapeuta investiga, junto à cliente, as motivações em tensão, as demandas que o sistema procura preservar e os custos que vem mantendo para sustentá-las, sem interpretação simbólica livre, dramatização ou personificação como entidade autônoma. No caso, segundo o relato da cliente, a representação organizou-se em torno da relação com a mãe e com a figura do abusador, e a raiva foi a emoção predominante. Ao observar essa representação como algo distinto de si, a cliente adota uma posição de distanciamento que, na literatura de regulação emocional, atenua a intensidade da resposta emocional e favorece sua reorganização (MORAN; EYAL, 2022), o que na TRI corresponde ao trabalho sobre as motivações em conflito, com vistas à redução do cisalhamento afetivo.

Entrelaçada aos demais movimentos está a catarse reintegrativa. O termo catarse costuma evocar a ideia de uma descarga emocional, "desabafo" ou reviver intensamente um trauma, resquício da leitura hidráulica psicanalítica, segundo a qual afetos reprimidos se acumulariam e precisariam ser expelidos. A TRI se afasta dessa concepção (KRAISCH, 2026). Aqui, catarse é o ato de colocar em palavras, de maneira lógica e estruturada, as ações, intenções e estratégias que estavam implícitas, longe das ideias de choro, grito ou descarga. Nomear o que se sente tem efeito regulatório próprio, e a pesquisa sobre affect labeling mostra que traduzir a experiência afetiva em palavras atenua a resposta emocional e reduz a ativação de regiões como a amígdala, operando como forma implícita de regulação (TORRE; LIEBERMAN, 2018). No caso, a expressão da raiva, sustentada pelo terapeuta e conduzida à verbalização, permitiu que a cliente reconhecesse a função daquela emoção sem reencená-la, aproximando-se de uma reorganização das estratégias em tensão.

3.3 PSICOEDUCAÇÃO

Na TRI, a psicoeducação atravessa todo o processo terapêutico como dimensão de aprendizado, presente desde as primeiras sessões, e acompanha o percurso de revelação, reelaboração e reeducação (KRAISCH, 2026). Esse aprendizado é vivencial. A cliente experimenta no próprio corpo aquilo que aprende, porque é ao sustentar o contato com a sensação que costumava evitar, dentro do processo mediativo, que ela se dessensibiliza e passa a reconhecer seus próprios condicionamentos e respostas automáticas. É esse percurso que abre caminho para a reintegração, o estado em que os Processos Adaptativos que antes operavam em conflito passam a coexistir sem se contrapor.

A psicoeducação se organiza em torno do "para que", isto é, da função que as reações cumprem no presente. Interessa compreender para que a cliente mantém uma dada resposta e o que se associa a ela em termos de princípios, questões afetivas e de adaptação social. Ao se dessensibilizar e perceber essa função, a cliente para de tratar a própria sensação como ameaça, e o desconforto que antes era evitado deixa de operar como problema. É uma leitura coerente com a tradição comportamental inaugurada por Watson, que demonstrou que as respostas emocionais são aprendidas (WATSON; RAYNER, 1920) e que, por serem

aprendidas, podem ser reaprendidas (JONES, 1924), o que na TRI ocorre pela exposição mediada, dessensibilização e reelaboração.

No caso, esse trabalho permitiu que a cliente reconhecesse a função de suas respostas e experimentasse uma nova forma de se posicionar diante delas. À medida que deixava de evitar o desconforto, retomava atividades cotidianas, e essa retomada consolidava comportamentos mais adaptativos. Uma revisão recente situa a psicoeducação como intervenção de primeira linha no manejo da fibromialgia, com efeitos sobre dor, sono, humor e funcionalidade, ainda que com resultados heterogêneos entre os estudos (GALVEZ-SÁNCHEZ; MONTORO, 2023).

4 RESULTADOS E CONCLUSÃO

Ao final das três sessões, e com base exclusivamente em seu autorrelato, a cliente descreveu redução da intensidade da dor, melhora da qualidade do sono e aumento da disposição, com retomada de atividades cotidianas. Relatou ainda maior consciência emocional, sensação de controle sobre o próprio corpo, uma percepção de "leveza" e aumento de bem-estar. A mudança expressou-se sobretudo no modo como passou a observar as próprias sensações e a agir diante do desconforto, de forma coerente com a redução do cisalhamento afetivo.

Esse desfecho está alinhado ao mecanismo de reintegração descrito na intervenção, em que os Processos Adaptativos que operavam em tensão passam a coexistir sem se contrapor, reduzindo o cisalhamento. O caminho para isso é a dessensibilização. Quando a cliente evita repetidamente uma sensação desconfortável, torna-se cada vez mais sensível a ela. Ao sustentar o contato com esse desconforto de forma mediada, dentro do processo mediativo, ela deixa de combatê-la e o cisalhamento se reduz (KRAISCH, 2026). A ênfase na interocepção e no trabalho sobre o cisalhamento dialoga com a leitura da fibromialgia como quadro de sensibilização central (CLAUW, 2014), na medida em que a intervenção atua sobre a resposta afetiva e a hipervigilância associadas à condição, mais do que sobre uma causa localizada, e converge com relatos de modulação da dor na fibromialgia (BITTENCOURT et al., 2022) e com o reconhecimento da experiência de adoecimento como alvo terapêutico relevante (COSTA; FERREIRA, 2024).

Os resultados devem ser lidos com cautela. Trata-se de relato de caso único, de natureza ilustrativa, com desfechos baseados apenas em autorrelato, sem grupo de comparação, sem instrumentos psicométricos padronizados, sujeito a viés de relato retrospectivo e sem seguimento de médio e longo prazo. Além disso, a TRI não dispõe, até o momento, de estudos controlados publicados em periódicos indexados. O tempo curto de tratamento, embora característico da abordagem, também demanda verificação em desenhos mais rigorosos.

Em síntese, este relato descreveu a aplicação da TRI a um caso de fibromialgia, com desfecho favorável relatado ao longo de três sessões. A experiência reforça o interesse clínico do trabalho sobre o comportamento afetivo condicionado e sobre a redução do cisalhamento afetivo em quadros de dor crônica. Dado seu caráter exploratório e gerador de hipóteses, sugere-se a realização de estudos com delineamento controlado e instrumentos padronizados, que permitam avaliar de forma mais rigorosa a contribuição da abordagem.

REFERÊNCIAS

ASHMAWI, H. A.; FREIRE, G. M. G. Sensibilização periférica e central. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. S31-S34, 2016. DOI: 10.5935/1806-0013.20160044.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977. DOI: 10.1037/0033-295X.84.2.191.

BITTENCOURT, J. V. et al. Pacientes com fibromialgia apresentam fenótipos de dor diferentes em comparação com pacientes com dor generalizada. **Brazilian Journal of Pain**, v. 5, n. 2, p. 119-126, 2022. DOI: 10.5935/2595-0118.20220031-pt.

CLAUW, D. J. Fibromyalgia: a clinical review. **JAMA**, v. 311, n. 15, p. 1547-1555, 2014. DOI: 10.1001/jama.2014.3266.

COSTA, L. P.; FERREIRA, M. A. A (in)visibilidade da fibromialgia por seus sintomas e os desafios do seu diagnóstico e terapêutica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 2, e20230363, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0363.

FERMIN, A. S. R. et al. Insula neuroanatomical networks predict interoceptive awareness. **Heliyon**, v. 9, n. 8, e18307, 2023. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e18307.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; MONTORO, C. I. Psychoeducation for fibromyalgia syndrome: a systematic review of emotional, clinical and functional related-outcomes. **Behavioral Sciences**, v. 13, n. 5, art. 415, 2023. DOI: 10.3390/bs13050415.

HARTE, S. E.; HARRIS, R. E.; CLAUW, D. J. The neurobiology of central sensitization. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 23, n. 2, e12137, 2018. DOI: 10.1111/jabr.12137.

JI, J. L.; HEYES, S. B.; MACLEOD, C.; HOLMES, E. A. Emotional mental imagery as simulation of reality: fear and beyond—a tribute to Peter Lang. **Behavior Therapy**, v. 47, n. 5, p. 702-719, 2016. DOI: 10.1016/j.beth.2015.11.004.

JONES, M. C. A laboratory study of fear: the case of Peter. **The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology**, v. 31, n. 4, p. 308-315, 1924. DOI: 10.1080/08856559.1924.9944851.

KRAISCH, R. **Desenvolvimento de um programa de treinamento de funções executivas para pessoas com fibromialgia**. 2023. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2023.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

MENEZES, M. M. S. et al. Envolvimento do córtex somestésico primário na fibromialgia: revisão de estudos de neuroimagem. **Brazilian Journal of Pain**, v. 7, e20240002, 2024. DOI: 10.5935/2595-0118.20240002-pt.

MONTOYA, P. Neurociência cognitiva e afetiva em dor crônica: relevância para a Fisioterapia. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 8, n. 1, p. 131-137, 2018. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v8i1.1826.

MORAN, T.; EYAL, T. Emotion regulation by psychological distance and level of abstraction: two meta-analyses. **Personality and Social Psychology Review**, v. 26, n. 2, p. 112-159, 2022. DOI: 10.1177/10888683211069025.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O.; ALMEIDA, M. B. O tratamento atual da fibromialgia. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 3, p. 255-262, 2018. DOI: 10.5935/2595-0118.20180049.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O.; RAMOS, J. V. C. Adesão ao tratamento da fibromialgia: desafios e impactos na qualidade de vida. **Brazilian Journal of Pain**, v. 2, n. 1, p. 81-87, 2019. DOI: 10.5935/2595-0118.20190015.

QUEIROZ, L. P. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. **Current Pain and Headache Reports**, v. 17, n. 8, art. 356, 2013. DOI: 10.1007/s11916-013-0356-5.

SOUZA, J. B.; PERISSINOTTI, D. M. N. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. **Brazilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, p. 345-348, 2018. DOI: 10.5935/2595-0118.20180065.

TORRE, J. B.; LIEBERMAN, M. D. Putting feelings into words: affect labeling as implicit emotion regulation. **Emotion Review**, v. 10, n. 2, p. 116-124, 2018. DOI: 10.1177/1754073917742706.

WATSON, J. B.; RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. **Journal of Experimental Psychology**, v. 3, n. 1, p. 1-14, 1920. DOI: 10.1037/h0069608.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE TRATADO COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-004>

Fábio Carlesso

Doutorando em Psicologia. UCES/Argentina

E-mail: contato@fabiocarlesso.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5989-9406>

RESUMO

A depressão é um transtorno de humor recorrente e de alta prevalência, associado à perda de interesse, à culpa persistente, ao isolamento social e ao risco de ideação suicida. Trata-se de um quadro de manejo clínico difícil, sobretudo quando se mantém por longos períodos e coexiste com outros padrões de sofrimento, como o uso de substâncias psicoativas com potencial adictogênico. Este artigo apresenta o relato clínico de Arthur, homem de 39 anos, empresário, com diagnóstico de transtorno depressivo recorrente por aproximadamente oito anos, tratado por meio da Terapia de Reintegração Implícita (TRI). O processo, conduzido em três sessões, deslocou o foco da explicação verbal para a percepção corporal do afeto, trabalhando, por meio da imagética e da triangulação, a culpa, o medo e a autopunição que sustentavam comportamentos evitativos e conflitantes. Ao longo do processo, observaram-se melhora do humor, remissão da ideação suicida, retomada dos vínculos familiares, reengajamento profissional e recuperação do apetite e do sono. A dependência de cocaína, identificada como questão secundária, manteve-se em remissão, sem relato de fissura. O caso sugere que a TRI pode contribuir para o manejo de quadros depressivos com ideação suicida ao promover a redução do cisalhamento afetivo, favorecendo respostas mais coerentes e adaptativas à experiência emocional. Por tratar-se de relato de caso único, os achados têm caráter exploratório e de geração de hipóteses.

Palavras-chave: Depressão; Terapia de Reintegração Implícita; Transtorno Depressivo Recorrente.

ABSTRACT

Depression is a recurrent and highly prevalent mood disorder associated with loss of interest, persistent guilt, social withdrawal, and the risk of suicidal ideation. It is a clinically challenging condition to manage, particularly when it persists over long periods and coexists with other patterns of psychological distress, such as the use of psychoactive substances with addictive potential. This article presents the clinical case report of Arthur, a 39-year-old male entrepreneur diagnosed with recurrent depressive disorder for

approximately eight years, treated through Implicit Reintegration Therapy (IRT). The process, conducted over three sessions, shifted the focus from verbal explanation to the bodily perception of affect, working, by means of imagery and triangulation, on the guilt, fear, and self-punishment that sustained avoidant and conflicting behaviors. Throughout the process, improvement in mood, remission of suicidal ideation, resumption of family bonds, professional reengagement, and recovery of appetite and sleep were observed. Cocaine dependence, identified as a secondary issue, remained in remission, with no reported craving. The case suggests that IRT may contribute to the management of depressive conditions with suicidal ideation by promoting a reduction of affective shear, favoring more coherent and adaptive responses to emotional experience. As a single case report, the findings are exploratory and hypothesis-generating in nature.

Keywords: Depression; Implicit Reintegration Therapy; Recurrent Depressive Disorder.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno de humor caracterizado por episódios que produzem impacto significativo no humor, na motivação e no funcionamento social e ocupacional. Clinicamente, o episódio depressivo requer a presença, por no mínimo duas semanas, de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados de sintomas como alterações de sono, apetite, energia e concentração, sentimentos de inutilidade e ideação suicida, conforme os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2025), cerca de 332 milhões de pessoas, o equivalente a aproximadamente 5,7% dos adultos, vivem com a depressão, que é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo e está associada a um aumento significativo do risco de suicídio. O transtorno pode surgir de forma isolada ou associado a outras condições, como os transtornos por uso de substâncias adictogênicas, e tende a provocar prejuízos duradouros quando não tratado, afetando a vida familiar, a produtividade e a qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos recentes indicam que a depressão representa uma das maiores cargas globais de doença mental (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022), ao mesmo tempo em que persiste uma lacuna expressiva entre a prevalência do quadro e a cobertura terapêutica efetiva. Santomauro et al. (2024) e Moitra et al. (2022) estimam que apenas uma pequena parcela das pessoas com transtorno depressivo recebe tratamento minimamente adequado, o que evidencia a necessidade de abordagens terapêuticas acessíveis, breves e eficazes. Nesse contexto, torna-se pertinente investigar novas modalidades psicoterapêuticas, entre elas a Terapia de Reintegração Implícita (TRI).

A TRI, desenvolvida por Kraisch (2026), é um método psicoterapêutico breve e focado na remissão sintomática, estruturado para promover mudanças em poucas sessões e ainda sem estudos controlados

publicados em periódicos indexados. Fundamenta-se em pressupostos da neurociência afetiva e no modelo biopsicossocial de Engel (1977), que, para além dos fatores biológicos, considera a contribuição de fatores psicológicos e sociais na compreensão do adoecimento. Coerente com essa perspectiva, a TRI adota o termo remissão em vez de cura, reconhecendo que predisposição genética, histórico familiar, relações sociais e desafios do presente também influenciam o sofrimento psíquico. A atuação do terapeuta, ainda que essencial, é apenas um dos elementos de um processo que se beneficia de acompanhamento multidisciplinar.

Diferentemente de modelos que privilegiam a reconstrução da história pregressa como via principal de tratamento, a TRI dirige-se ao padrão afetivo e corporal que se mantém ativo no presente. O trabalho clínico incide sobre os processos adaptativos em conflito que sustentam o comportamento evitativo, favorecendo uma reorganização entre a emoção associada ao corpo e o comportamento, de modo que processos adaptativos antes operando em tensão passem a coexistir sem conflito. Para ilustrar essa aplicação em um quadro depressivo, apresenta-se a seguir um relato de caso clínico, de caráter exploratório, que descreve a formulação do caso, o percurso terapêutico conduzido à luz dos princípios da TRI e os resultados observados.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 CONTEXTO E QUEIXA INICIAL

Arthur⁴, homem de 39 anos, empresário do setor de manutenção automotiva, casado e pai de dois filhos adolescentes, buscou atendimento em TRI motivado pelo agravamento de um quadro depressivo de longa data. O primeiro contato com o terapeuta ocorrera cerca de um ano antes do início efetivo do processo. Naquele período, embora reconhecesse o sofrimento que o motivava a procurar ajuda, Arthur demonstrava resistência em iniciar o acompanhamento. Agendou por diversas vezes a etapa de Avaliação Pré-Terapia, destinada à anamnese, à compreensão das dinâmicas afetivas e à definição do foco terapêutico, mas não compareceu em três ocasiões consecutivas, sem justificativa específica.

Aproximadamente um ano depois, Arthur retornou por indicação de um cliente que havia passado pelo mesmo processo. Dessa vez mostrou-se mais receptivo, impulsionado pelas consequências do agravamento do quadro. O isolamento social, as ausências recorrentes no trabalho e a queda de desempenho profissional haviam culminado em dificuldades financeiras significativas, o que levou seu pai a intervir e a agendar uma nova tentativa de início do processo.

⁴ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

Na etapa de Avaliação Pré-Terapia, Arthur apresentava aspecto magro, pele pálida e vestimentas descuidadas, indicativos de rebaixamento da autoimagem. A fala era pausada e permeada por expressões de vergonha e autodepreciação. Descrevia-se como "um canalha" e "um fracassado", afirmando ter-se tornado uma pessoa mentirosa e distante da própria família. Declarava sentir profunda culpa por não participar dos momentos familiares e reconhecia que sua reclusão comprometera gravemente o relacionamento com a esposa e os filhos. Relatava estar sem uso de cocaína havia mais de oito dias. Ainda assim os padrões de isolamento e sofrimento emocional persistiam, o que indicava que a substância não constituía o fator central do quadro nem o foco terapêutico a ser definido.

Arthur caracterizava seu sofrimento como uma "tristeza solitária", expressão que traduzia uma experiência de desconexão afetiva e ausência de pertencimento, fenômenos frequentemente observados em quadros depressivos e associados ao risco de ideação suicida. Revisões sistemáticas apontam associação positiva entre solidão percebida e suicidalidade, de magnitude moderada na população adulta geral e de fraca a moderada em pessoas com transtorno depressivo, permanecendo incerto o papel do transtorno bipolar. As associações mostram-se mais fortes em modelos não ajustados (LU et al., 2025).

2.2 A NARRATIVA COERENTE E A ESQUIVA AFETIVA

Durante a Avaliação, o terapeuta optou por não explorar eventos passados ligados à infância, à juventude ou ao histórico familiar, tampouco buscar explicações causais para o quadro. Essa escolha técnica apoia-se em um princípio da TRI. Investigar as causas narradas pelo cliente pode reforçar um padrão de elaboração racional que mantém o cliente no campo da justificativa, longe da experiência corporal. O terapeuta evitou, assim, adentrar o território da Narrativa Coerente.

Na perspectiva da TRI, a fala do cliente é tomada como uma construção narrativa do eu, forma socialmente aprendida de organizar experiências e atribuir-lhes sentido, mais do que um relato fiel de sua realidade interna. Embora soe plausível para quem fala e para quem escuta, essa narrativa pode não corresponder àquilo que efetivamente mantém o comportamento evitativo e o sofrimento que dele decorre. Trata-se de uma história racionalizada, com frequência repetida ao longo de diferentes processos, na tentativa de compreender intelectualmente uma experiência que é, antes de tudo, corporal e automatizada. Funciona, muitas vezes, como esquiva do contato direto com sensações desconfortáveis. Do ponto de vista neurocientífico, colocar a experiência em palavras recruta o córtex pré-frontal ventrolateral direito e atenua a resposta da amígdala e de outras regiões límbicas aos estímulos afetivos (LIEBERMAN et al., 2007). É esse mesmo mecanismo que, quando o cliente permanece cronicamente no discurso racional, pode operar como esquiva, mantendo-o a uma distância segura da sensação corporal. Uma das manifestações típicas da Narrativa Coerente é o euísmo, a forma como o sujeito aprendeu a descrever-se e a justificar seus estados

internos ("eu sou assim por causa daquilo"). No caso de Arthur, o discurso de autodepreciação organizava-se desse modo, e o objetivo da Avaliação foi permitir que ele sentisse antes de compreender.

Coerente com esse objetivo, o terapeuta conduziu o diálogo de modo a afastar Arthur do discurso racional e a dirigi-lo à percepção das sensações corporais associadas ao sofrimento. Nas perguntas, retomava deliberadamente os próprios termos com que Arthur se descrevia, como "canalha" e "fracasso". Essa é a linguagem do próprio cliente, que o terapeuta utiliza como ponto de entrada para a sensação corporal, sem emitir qualquer juízo sobre ele. Algumas das perguntas utilizadas foram: "Qual é a sensação aí dentro de você ao se sentir um canalha?". "Como você se sente fisicamente ao se descrever como um fracasso?". "Quando você menciona essa tristeza, o que seria isso aí dentro de você, fisicamente?". Inicialmente, Arthur teve dificuldade em identificar sensações físicas, pois, ao longo dos anos, substituíra o sentir direto por uma sequência de palavras e rótulos depreciativos que racionalizavam sua dor. Esse distanciamento progressivo da experiência visceral é justamente o ponto sobre o qual a TRI trabalha, ao tomar a percepção corporal do afeto como via de acesso à reintegração.

2.3 PROCESSO MEDIATIVO

O processo desenvolveu-se com base no Processo Mediativo da TRI, nono princípio do Decálogo, concebido como intervenção breve e focal, em geral composta por três a cinco sessões, voltada à remissão sintomática por meio da compreensão das inter-relações e da reintegração dos processos adaptativos em conflito. O Processo Mediativo articula três movimentos integrados, a imagética, a triangulação e a catarse reintegrativa, que operam de modo simultâneo e entrelaçado ao longo do trabalho. Sua apresentação em separado, a seguir, atende apenas à clareza didática.

Durante a Avaliação, Arthur referia que o sofrimento começara no período em que passou a usar cocaína, mas, ao longo da conversa, reconheceu que a dor que o acompanhava era, em suas palavras, "de uma vida toda". Ao tentar reunir as experiências que a compunham, descrevia acontecimentos de diferentes períodos sem coerência temporal, retomando lembranças de modo desorganizado, como se afetos do passado permanecessem ativos no presente. Sentia-se "canalha" por não conseguir estar com a família, "fracassado" por não conseguir trabalhar, e experimentava raiva e culpa por perceber-se incapaz de mudar essa condição. Essa multiplicidade de autodefinições, expressão da Narrativa Coerente (segundo princípio da TRI), indicava a tentativa de dar sentido racional a um sofrimento predominantemente visceral.

À medida que o terapeuta direcionava a atenção de Arthur para as sensações corporais, observou-se aumento do desconforto interoceptivo. Esse foco na percepção do estado interno do corpo articula-se ao quarto princípio da TRI, Corpo é o Palco, e encontra correlato na neurociência da interocepção. A percepção dos sinais internos do corpo, de que a ínsula participa, contribui para a experiência emocional consciente (LAURIN et al., 2026). O cliente relatava perceber "uma dor fria e solitária", "um peso", "um vazio", "uma

dor difícil de descrever", expressões que evidenciavam sua dificuldade em nomear a própria experiência. Em determinado momento, incapaz de encontrar palavras, afirmou tratar-se apenas de "uma sensação muito ruim". Reconhecendo o instante em que o cliente atinge o limite da linguagem descritiva, o terapeuta perguntou: "Como é viver sentindo esta sensação?". Após alguns instantes de silêncio, Arthur respondeu em tom baixo e resignado: "Me dá vontade de desistir de tudo."

Esse diálogo marcou um ponto de inflexão. Ao deslocar o foco da explicação verbal para a vivência física da sensação, o terapeuta possibilitou o contato direto com o afeto, sem o filtro da racionalização. O ambiente terapêutico da TRI é estruturado para favorecer esse contato. O cliente é acomodado em uma poltrona confortável, dado que as sessões costumam durar entre uma hora e meia e duas horas, e o fechamento dos olhos, componente técnico essencial, reduz estímulos externos e amplia a interocepção.

No movimento imagético, a partir da sensação descrita como "muito ruim", o terapeuta propôs: "Traga toda a sua atenção para essa sensação e, se ela fosse uma pessoa, quem estaria à sua frente?". De forma espontânea, Arthur evocou a imagem de sua mãe. Convém precisar o que a TRI entende por essa imagem. Ela é uma resposta automática do próprio condicionamento do cliente, uma associação formada ao longo da vida e disparada abaixo do limiar da consciência, sem origem externa ou plano oculto. Do ponto de vista neurocientífico, a imagem mental recruta parte das mesmas redes envolvidas na percepção, o que lhe permite evocar respostas emocionais reais (BARTOLOMEO; LIU; SPAGNA, 2026). Por isso, na TRI, a imagética suscita reações mais intensas do que a narrativa verbal (KRAISCH, 2026). Assim como a palavra "amarelo" evoca de imediato um objeto já associado a ela, o convite a dar forma a uma sensação evoca a imagem mais fortemente condicionada àquele estado afetivo. A figura materna deu forma ao vínculo em que se organizavam respostas de raiva, culpa e medo, até então automáticas e fora do campo da consciência declarativa.

Segundo o relato de Arthur, o conflito remontava à infância. Proveniente de uma família humilde, associava seu sofrimento a um ambiente que descrevia como disfuncional, no qual, ainda criança, teria sido incumbido de avisar quando o pai chegasse em casa enquanto a mãe mantinha relações com o enteado. A esse período ele relacionava sentimentos de medo, impotência e culpa, e dizia ter construído a crença de que, se revelasse o que via, algo trágico aconteceria ("meu pai mataria minha mãe e ficaríamos em situação ainda pior"). Importa sublinhar, na perspectiva da TRI, que não é o evento passado em si que mantém o comportamento evitativo e o sofrimento no presente. Esse episódio integra a narrativa que Arthur construiu para dar sentido à sua dor, e o foco clínico permaneceu sobre o padrão afetivo e corporal ativo agora.

Na triangulação, arranjo funcional entre terapeuta, cliente e a representação que emergiu, tratada como um feixe de estratégias, sem estatuto de personagem ou entidade autônoma, examinaram-se as motivações em tensão e os custos que aquele padrão vinha mantendo. O vínculo com a mãe, simultaneamente doloroso e necessário, remete ao quinto princípio da TRI, Sacrifício por Amor aos Iguais,

segundo o qual a necessidade de pertencer ao grupo mantém o indivíduo atado a vínculos que nem sempre lhe são prazerosos. Ao longo do trabalho, Arthur reconheceu um padrão de autopunição que se mantinha ativo, a expectativa implícita, fora do campo da consciência declarativa, de que, por meio do seu próprio sofrimento, sua mãe finalmente reconhecesse a culpa e lhe pedisse perdão. Ao tornar consciente o que operava de forma automática, o cliente pôde examinar, com algum distanciamento da resposta afetiva imediata, comportamentos que o aprisionavam em estados de dor e paralisia.

Na catarse reintegrativa, que se dá entrelaçada à imagética e à triangulação, Arthur deixou de lutar contra a sensação que durante anos vinha tentando evitar. O termo catarse costuma evocar descarga emocional, "desabafo" ou o reviver intenso de um episódio doloroso, noção derivada da leitura hidráulica de matriz psicanalítica, segundo a qual afetos reprimidos se acumulariam e precisariam ser expelidos. A TRI se afasta dessa concepção (KRAISCH, 2026). Aqui, catarse é o ato de colocar em palavras, de maneira lógica e estruturada, as ações, intenções e estratégias que até então operavam de forma implícita, organizando verbalmente o que se experienciou no movimento imagético e se explorou na triangulação. Se antes a fala, presa à narrativa justificatória, mantinha Arthur à distância do próprio corpo, agora é a resposta emocional antes automatizada que ganha palavra, e esse mesmo gesto de nomear passa a ter efeito regulatório. A pesquisa sobre affect labeling mostra que traduzir a experiência afetiva em palavras atenua a reatividade emocional e opera como forma implícita de regulação (TORRE; LIEBERMAN, 2018). No caso de Arthur, a verbalização da raiva e da culpa associadas à figura materna, sustentada pelo terapeuta e conduzida à palavra, permitiu-lhe reconhecer a função daquela resposta emocional sem reencená-la, aproximando-se de uma reorganização das estratégias em conflito. É isso que a TRI entende por reintegração, não a operação de "reinsserir" uma parte perdida, mas a reorganização de processos adaptativos que operavam em conflito, reduzindo o cisalhamento afetivo, de modo que o cliente passe a responder ao presente sem precisar fugir da própria experiência. O que mantinha o comportamento evitativo era um padrão condicionado ao longo de toda uma vida vinculada à família, para além do episódio isolado da infância.

Esse mesmo padrão ajudava a compreender as tentativas anteriores de Arthur de ter uma rotina "normal", diante das quais experimentava desconforto e estranhamento. Na TRI, respostas desse tipo são compreendidas como Processos Adaptativos (primeiro princípio do Decálogo), tentativas precárias de inibir sensações desconfortáveis, que se manifestam em comportamentos de evitação e compensação, como o uso abusivo de substâncias, as compulsões ou o trabalho excessivo. Embora tragam alívio momentâneo, tais estratégias não reduzem o cisalhamento subjacente, apenas adiam o contato com ele. Quando seus efeitos se acumulam e superam a capacidade adaptativa, o sofrimento se intensifica, e é com frequência nesse ponto que o cliente procura ajuda.

3 ANÁLISE DA TERAPIA

O caso de Arthur pode ser lido a partir de alguns princípios do Decálogo da TRI, detalhados no capítulo de fundamentos desta obra e aqui aplicados diretamente ao caso, articulados a achados da neurociência afetiva que ajudam a situar o trabalho clínico.

A "tristeza solitária" descrita por Arthur remete à dimensão social da dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (RAJA et al., 2020). Estudos de neurociência social mostram que a dor ligada à rejeição e à exclusão recruta regiões em parte compartilhadas com a dor física, sobretudo o cíngulo anterior e a ínsula. Em investigação recente de ressonância magnética funcional, palavras associadas à dor social ativaram uma ampla rede sobreposta às áreas afetivo-motivacionais da dor nociceptiva (BORELLI et al., 2023). Essa sobreposição é coerente com a hipótese de uma origem evolutiva comum, em que o sistema de vínculo se valeu de mecanismos de dor para sinalizar rupturas sociais e mobilizar a restauração do pertencimento. No plano clínico, isso permite tomar a dor de Arthur como via de trabalho. Mais do que um sintoma a suprimir, ela é a marca do rompimento do pertencimento.

A dificuldade de Arthur em nomear o que sentia, e a emergência do desconforto como "peso", "vazio" e "dor fria", ilustra o quarto princípio da TRI, Corpo é o Palco. A TRI adota uma posição monista. Aquilo que se costuma chamar de "mente" é compreendido como o próprio corpo, de modo que as respostas viscerais associadas ao medo, à culpa e à tristeza são o próprio fenômeno, ligadas a comportamentos, a vulnerabilidades genéticas e a aprendizados sociais, sem funcionar como representação simbólica de um conflito oculto. Essa leitura encontra correlato na neurociência da interocepção. A percepção dos sinais internos do corpo, de que a ínsula participa, contribui para a experiência emocional e para o senso de um self corporificado (LAURIN et al., 2026). Na Avaliação, foi precisamente a percepção das sensações físicas associadas a palavras carregadas de autojulgamento, como "fracasso" e "canalha", que abriu caminho ao trabalho clínico.

Com foco nas sensações interoceptivas, a TRI recorre à imagética para trabalhar respostas emocionais automatizadas que, de outro modo, permaneceriam fora do alcance do discurso. Além de reavivar a resposta corporal, a imagem tem uma dimensão semântica. A rede que lhe dá forma reúne informação visual e de significado (BARTOLOMEO; LIU; SPAGNA, 2026), o que permite reorganizar o sentido atribuído à experiência. No caso de Arthur, a evocação da figura materna, antes vivida como ameaça, passou a ser reconhecida em sua relação com o vínculo e o pertencimento.

A figura materna evocada por Arthur remete ao quinto princípio, Sacrifício por Amor aos Iguais. Esse princípio postula que a necessidade de pertencer a um grupo, aqui o grupo familiar de origem, leva à formação de vínculos que passam a influenciar o comportamento, vínculos que nem sempre são prazerosos.

Na TRI, o pertencimento é entendido como necessidade de base, que precede o conforto material, e sua falta tem custo mensurável. Revisões recentes associam a solidão a maior risco de mortalidade e a desfechos como a depressão, por mecanismos que envolvem inflamação e desregulação do eixo do estresse (ABDUL RAHMAN; ZAHARI, 2026). A relação de Arthur com a família, e com a mãe em particular, era ao mesmo tempo dolorosa e necessária, pois, por pertencer àquele grupo, ele permanecia atado ao vínculo mesmo sem dele extrair prazer. Instala-se aí um conflito, pois é preciso, simultaneamente, evitar o desconforto que a relação provoca e preservá-la, já que pertencer não é opcional. Dessa tensão entre processos adaptativos incompatíveis resulta o cisalhamento afetivo. A sensação estranha e persistente que Arthur descrevia como "muito ruim" é o modo como esse cisalhamento se fazia sentir.

Essa configuração ajuda a compreender o padrão de autopunição reconhecido no processo. A posição de "canalha" e "fracassado" reaparecia de modo semelhante em contextos distintos, na família, no trabalho e na relação consigo mesmo, o que sugere uma organização afetiva ampla, mantida por anos, que ultrapassa a repetição de uma emoção pontual. Essa persistência dialoga com o oitavo princípio, a Demanda Afetiva. Uma vez consolidada, a configuração tende a se manter porque o já conhecido é mais econômico para o sistema nervoso do que o novo, princípio compatível com os modelos de codificação preditiva, segundo os quais o cérebro opera antecipando os estados corporais e minimizando a discrepância entre expectativa e sinal (YAO; THAKKAR, 2022). O trabalho do Processo Mediativo consistiu, então, em reduzir esse cisalhamento, permitindo que Arthur permanecesse em contato com a sensação antes evitada sem acionar a resposta automática de fuga.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ponto de virada ocorreu quando Arthur pôde reconhecer que sua autodestruição era parte de um padrão que associava, ao mesmo tempo, punir e reparar o vínculo com a mãe, mais do que um sinal de fraqueza moral. Esse reconhecimento, simultaneamente emocional e cognitivo, caracteriza o que a TRI denomina reintegração, quando processos adaptativos que operavam em conflito passam a coexistir sem se contrapor, reduzindo o cisalhamento que sustentava o comportamento evitativo e a autopunição.

Duas semanas após a sessão de intervenção, Arthur enviou ao terapeuta uma fotografia ao lado da família, em uma premiação escolar da filha mais velha, acompanhada da mensagem: "Olha eu com minha família hoje, em um evento da escola da minha filha. Estou vivendo agora, não fico mais trancado no quarto, isolado da minha família".

A terceira sessão, de Retorno, ocorreu 50 dias após a intervenção. Arthur relatou ter recuperado oito quilos, atribuídos à retomada do apetite e à alimentação regular, além de melhora expressiva na qualidade do sono, no convívio familiar e no reengajamento profissional. Não relatava mais a "vontade de desistir de tudo" expressa nas primeiras sessões, o que indicava remissão da ideação suicida. Descreveu satisfação e

alívio por ter recuperado a capacidade de conduzir a própria vida de forma ativa e presente. Quanto ao ponto secundário do processo, a dependência de cocaína, relatou manutenção da abstinência e ausência de fissura, o que ele próprio qualificou como incomum diante de sua história anterior de recaídas. Questionado sobre a "sensação muito ruim" descrita nas primeiras sessões, relatou a ausência do desconforto, sinal de que o cisalhamento que sustentava sua evitação havia se reduzido.

A trajetória de Arthur pode ser lida à luz da perspectiva do cérebro preditivo descrita por Barrett (2017). O cérebro antecipa e interpreta estados corporais e emocionais a partir de experiências anteriores, atualizando continuamente seus modelos internos, em vez de apenas reagir ao ambiente. Nessa chave, o trabalho da TRI favorece que o cliente passe a tratar as emoções como construções dinâmicas de significado, abertas a revisão, o que amplia a flexibilidade para gerar novos comportamentos. Ao privilegiar o corpo como via de acesso ao afeto, a intervenção mobiliza circuitos interoceptivos e de regulação emocional, e o ganho clínico decorre principalmente da redução do cisalhamento, com participação apenas secundária da reformulação verbal. O desconforto associado ao vínculo deixou de disparar a resposta automática de evitação, permitindo a Arthur permanecer na experiência e agir a partir dela.

5 CONCLUSÃO

Este relato descreveu a aplicação da TRI a um quadro de transtorno depressivo recorrente com ideação suicida, em um cliente cujo isolamento e uso de substâncias psicoativas havia se tornado progressivamente disfuncionais. A leitura oferecida pela TRI situou o sofrimento de Arthur na configuração afetiva ativa no presente, para além dos eventos adversos de sua história. Essa configuração é a tensão entre precisar evitar o desconforto ligado ao vínculo familiar e, ao mesmo tempo, precisar preservá-lo por pertencimento, o cisalhamento afetivo que sustentava o padrão evitativo de Arthur. Essa leitura é coerente com achados da neurociência social sobre o peso do pertencimento e da rejeição no funcionamento humano (EISENBERGER, 2012).

Do ponto de vista da operação clínica, o caso ilustra o percurso do Processo Mediativo, que vai da Narrativa Coerente que Arthur apresentava sobre si, organizada na forma do euísmo, à identificação da Demanda Afetiva que a mantinha no presente, e desta à redução do cisalhamento, quando o cliente deixou de combater a sensação antes evitada e pôde permanecer diante dela. Fica também evidenciado o cuidado, próprio da TRI, de não prometer cura nem a eliminação definitiva do sofrimento. O que se busca é a redução do cisalhamento que sustentava o comportamento evitativo e os sintomas relatados.

A rapidez da resposta relatada, após uma intervenção focal seguida de uma sessão de consolidação, deve ser interpretada com cautela. Trata-se de relato de caso único, sem grupo de comparação, sem avaliação padronizada por instrumentos psicométricos e sujeito ao viés do relato retrospectivo do próprio cliente. Nessas condições, os resultados não autorizam qualquer inferência sobre a eficácia geral da TRI no

tratamento da depressão. A ausência de seguimento de médio e longo prazo é outra limitação relevante, pois o relato não permite afirmar se os ganhos descritos se mantiveram além do período documentado. Soma-se a isso o fato de a TRI ainda não dispor de estudos controlados publicados em periódicos indexados.

Ainda assim, ao explicitar o percurso conceitual e clínico da TRI em um caso concreto, este relato pode contribuir para a formulação de hipóteses a serem examinadas em desenhos de pesquisa mais robustos. A identificação do cisalhamento afetivo, a tensão entre evitar o desconforto e preservar o pertencimento, pode constituir uma via de trabalho relevante para clientes com quadros depressivos de longa data associados a isolamento e autopunição. Estudos futuros, com maior número de casos, acompanhamento de médio e longo prazo e instrumentos padronizados de mensuração de sintomas, são necessários para melhor caracterizar o papel da TRI no manejo da depressão e de quadros correlatos.

REFERÊNCIAS

ABDUL RAHMAN, H.; ZAHARI, N. H. The silent crisis: loneliness in older adults — a critical review of impacts, strategies and path forward. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 40, n. 3, art. e70292, 2026. DOI: 10.1111/scs.70292.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETT, L. F. The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, v. 12, n. 1, p. 1-23, 2017. DOI: 10.1093/scan/nsw154.

BARTOLOMEO, P.; LIU, J.; SPAGNA, A. The fusiform imagery node: where vision meets concepts in the left temporal lobe. **Neuropsychologia**, v. 224, art. 109398, 2026. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2026.109398.

BORELLI, E. et al. Words hurt: common and distinct neural substrates underlying nociceptive and semantic pain. **Frontiers in Neuroscience**, v. 17, art. 1234286, 2023. DOI: 10.3389/fnins.2023.1234286.

EISENBERGER, N. I. Broken hearts and broken bones: a neural perspective on the similarities between social and physical pain. **Current Directions in Psychological Science**, v. 21, n. 1, p. 42-47, 2012. DOI: 10.1177/0963721411429455.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: 10.1126/science.847460.

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

LAURIN, A. et al. Toward dimensional body consciousness impairments in post-traumatic stress disorder and its dissociative subtype: a predictive processing approach. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 182, art. 106546, 2026. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2026.106546.

LIEBERMAN, M. D. et al. Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. **Psychological Science**, v. 18, n. 5, p. 421-428, 2007. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x.

LU, A. et al. Association between loneliness and suicidality among general populations and persons with depressive and bipolar disorders: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 380, p. 777-801, 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.03.150.

MOITRA, M. et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 2, art. e1003901, 2022. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003901.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

SANTOMAURO, D. F. et al. Service coverage for major depressive disorder: estimated rates of minimally adequate treatment for 204 countries and territories in 2021. **The Lancet Psychiatry**, v. 11, n. 12, p. 1012-1021, 2024. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00317-1.

TORRE, J. B.; LIEBERMAN, M. D. Putting feelings into words: affect labeling as implicit emotion regulation. **Emotion Review**, v. 10, n. 2, p. 116-124, 2018. DOI: 10.1177/1754073917742706.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depressive disorder (depression)**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 18 jul. 2026.

YAO, B.; THAKKAR, K. Interoception abnormalities in schizophrenia: a review of preliminary evidence and an integration with Bayesian accounts of psychosis. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 132, p. 757-773, 2022. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.11.016.

CAPÍTULO 5

DOR PÉLVICA DURANTE O ATO SEXUAL E CANDIDÍASE DE REPETIÇÃO TRATADAS COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

PELVIC PAIN DURING SEXUAL INTERCOURSE AND RECURRENT CANDIDIASIS TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-005>

Grazielle Machado Prates Cardoso

Terapeuta TRI. Palhoça – SC

E-mail: terapeuta@graziprates.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9795-7884>

RESUMO

A dor pélvica durante a relação sexual (dispareunia) e a candidíase vulvovaginal de repetição são queixas frequentes e multifatoriais, muitas vezes associadas ao estresse, à tensão corporal e a respostas emocionais aprendidas. Quando persistem mesmo após investigação médica e tratamento farmacológico, sem causa orgânica identificável, tornam-se um desafio clínico relevante e costumam comprometer a autoestima, o bem-estar e a vida conjugal da mulher. Este artigo apresenta o relato de caso clínico de uma mulher de 35 anos, casada e mãe de dois filhos, que por cerca de quatro anos apresentava dor pélvica durante o ato sexual e candidíase recorrente sem causa orgânica identificável, atendida em três sessões pela Terapia de Reintegração Implícita (TRI), abordagem breve fundamentada na neurociência afetiva e no modelo biopsicossocial. O processo dirigiu a atenção da cliente para as sensações corporais associadas à queixa e, a partir delas, trabalhou as respostas emocionais aprendidas ligadas à dor, como culpa, medo e solidão, ajudando-a a percebê-las e a pôr em palavras o que operava de forma automática, sem exposição direta a memórias traumáticas. Ao longo do acompanhamento, observou-se redução do cisalhamento afetivo associado à queixa, com remissão relatada da dor durante a relação sexual, diminuição expressiva dos episódios de candidíase, melhora do sono, maior autorregulação diante do estresse e reaproximação conjugal. Em caráter exploratório e gerador de hipóteses, o caso sugere que a TRI pode contribuir para o manejo de queixas ginecológicas persistentes sem causa orgânica aparente, ao favorecer a reorganização dos processos adaptativos em conflito e a redução do cisalhamento, com repercussão na experiência de dor.

Palavras-chave: Candidíase de repetição; Dispareunia; Terapia de Reintegração Implícita.

ABSTRACT

Pelvic pain during sexual intercourse (dyspareunia) and recurrent vulvovaginal candidiasis are frequent, multifactorial complaints, often associated with stress, bodily tension and learned emotional responses.

When they persist even after medical investigation and pharmacological treatment, with no identifiable organic cause, they become a relevant clinical challenge and tend to compromise a woman's self-esteem, well-being and marital relationship. This article presents the clinical case report of a 35-year-old woman, married and mother of two, who for about four years presented pelvic pain during intercourse and recurrent candidiasis with no identifiable organic cause, treated in three sessions with Implicit Reintegration Therapy (TRI), a brief approach grounded in affective neuroscience and the biopsychosocial model. The process directed the client's attention to the bodily sensations associated with the complaint and, from them, worked on the learned emotional responses linked to the pain, such as guilt, fear and loneliness, helping her to perceive them and to put into words what operated automatically, without direct exposure to traumatic memories. Throughout the follow-up, a reduction of the affective shear associated with the complaint was observed, with reported remission of pain during intercourse, a marked decrease in candidiasis episodes, improved sleep, greater self-regulation under stress and marital reconnection. On an exploratory, hypothesis-generating basis, the case suggests that IRT may contribute to the management of persistent gynecological complaints without an apparent organic cause, by favoring the reorganization of the conflicting adaptive processes and the reduction of the affective shear, with repercussions on the pain experience.

Keywords: Dyspareunia; Implicit Reintegration Therapy; Recurrent candidiasis.

1 INTRODUÇÃO

A dispareunia é definida como dor genital recorrente ou persistente associada à relação sexual e, no DSM-5, integra o transtorno de dor gênito-pélvica/penetração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Trata-se de condição amplamente reconhecida como multifatorial, na qual fatores físicos, hormonais, emocionais e relacionais interagem (HILL; TAYLOR, 2021). Quando associada a episódios recorrentes de candidíase, pode estabelecer um ciclo de dor, medo e evitação, com impacto direto sobre a autoestima e a vida conjugal (THOMTÉN; LINTON, 2013). Em parte relevante dos casos, mesmo após investigação ginecológica e exames laboratoriais, não se identificam alterações orgânicas significativas, o que sugere a participação de fatores emocionais na manutenção do quadro (SOLTAN et al., 2020).

A literatura indica que variáveis psicológicas e de estresse se associam à intensidade da dor e ao ajuste sexual e conjugal em mulheres com dor gênito-pélvica, mesmo quando o exame ginecológico não revela anormalidades (CHARBONNEAU-LEFEBVRE et al., 2019; SOLTAN et al., 2020). Em sintomas físicos persistentes, o corpo pode manter padrões aprendidos de tensão e ativação fisiológica, com relativa independência de causas médicas aparentes, perpetuando o ciclo de dor e evitação (LÖWE et al., 2024).

Dificuldades na regulação emocional têm sido descritas em quadros de sintomas somáticos e podem contribuir para sua persistência (SCHNABEL; PETZKE; WITTHÖFT, 2022; PETZKE; WITTHÖFT, 2024).

Do ponto de vista neurobiológico, o estresse crônico ativa de forma continuada o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e desregula a secreção de cortisol, com repercussões sobre a função imunológica que podem favorecer infecções recorrentes (ALOTIBY, 2024). Estudo com mulheres com candidíase vulvovaginal de repetição encontrou sinais de estresse crônico, com resposta de cortisol matinal reduzida em comparação com controles, achado interpretado como possível marcador de imunidade comprometida (EHRSTRÖM et al., 2005). A associação entre candidíase recorrente, sintomas psicológicos e disfunção sexual também tem sido descrita (MOSHFEHGHY et al., 2020).

A Terapia de Reintegração Implícita (TRI), desenvolvida por Rafael Kraisch, é uma abordagem psicoterapêutica breve, fundamentada em princípios da neurociência afetiva e no modelo biopsicossocial de saúde (ENGEL, 1977; KRAISCH, 2026), ainda sem estudos controlados publicados em periódicos indexados. Seu alvo clínico é a redução do cisalhamento afetivo, isto é, do conflito entre Processos Adaptativos incompatíveis, motivações simultâneas em tensão que sustentam um comportamento evitativo e mantêm a pessoa em desconforto. Diferentemente de abordagens baseadas na exposição ou na análise cognitiva, a TRI não exige reviver a narrativa traumática. Atua sobre os processos automáticos que regulam a percepção, a emoção e o comportamento, a partir da experiência corporal presente. Este relato, de caráter exploratório, tem por objetivo descrever a aplicação da TRI a um quadro de dor pélvica durante o ato sexual e candidíase de repetição, apresentando a queixa clínica, o processo terapêutico conduzido à luz dos princípios da TRI e os resultados relatados pela cliente.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

A Sra. A.C.⁵ tem 35 anos, é casada há dez anos e mãe de dois filhos, de seis e quatro anos. Procurou a TRI relatando dor pélvica durante o ato sexual (dispareunia) e candidíase de repetição havia cerca de quatro anos. Segundo a cliente, os sintomas começaram após a segunda gestação e se intensificaram de forma progressiva, comprometendo a intimidade conjugal e a qualidade de vida. Nos meses anteriores ao atendimento, o casal já não mantinha relações sexuais, pois o medo da dor havia se tornado maior que o desejo.

Ao longo desse período, buscou ajuda com diferentes profissionais de saúde, entre ginecologistas, endocrinologistas, clínico geral, fisioterapeuta pélvica, psiquiatra e psicólogos, realizou diversos exames

⁵ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

clínicos, laboratoriais e de imagem e utilizou vários medicamentos prescritos, incluindo antifúngicos, antibióticos e pomadas tópicas. Em todos os casos, os resultados foram normais, sem alterações que justificassem a dor pélvica e a candidíase recorrente. Relatou melhora apenas temporária, com recidiva dos sintomas sobretudo em períodos de maior tensão emocional. Chegou a iniciar acompanhamento psicológico anterior, que abandonou após poucas sessões por sentir que o processo, em suas palavras, "ficava muito na conversa e não chegava na causa da dor".

A cliente descrevia episódios frequentes de irritabilidade, ansiedade e culpa, além de frustração e impotência diante da dor. Cabe distinguir a queixa autorrelatada do diagnóstico formal. Esses sintomas emocionais correspondem à percepção da cliente, e não a diagnósticos psiquiátricos independentes. Relatava ainda que a abstinência sexual e o mal-estar constante repercutiam na convivência familiar e alimentavam um sentimento de que "não conseguia mais ser a mulher que era antes".

Na entrevista inicial, a Sra. A.C. apresentou uma narrativa organizada sobre a dor, relacionando o início dos sintomas ao estresse conjugal e à sobrecarga da maternidade, e tendia a racionalizar as próprias emoções, com frases como "eu sei que é psicológico, mas não consigo controlar". É o que a TRI denomina Narrativa Coerente, aqui em sua forma de euísmo ("eu sou assim por causa daquilo"), uma explicação racional e socialmente aceitável que o cliente constrói para dar sentido ao que sente. Quando rígida, essa narrativa funciona como esquiva, mantendo a cliente no registro verbal e afastando a atenção do estado corporal desconfortável que sustenta o sofrimento.

Durante a anamnese, relatou aspectos de sua história familiar que associava à queixa. Descreveu a mãe como trabalhadora e ausente durante a semana e o pai como figura rígida, autoritária e pouco afetuosa, responsável pelos cuidados dos filhos. Segundo a cliente, ao longo do processo emergiram lembranças que ela associava a situações abusivas vividas com o pai, acompanhadas de raiva e mágoa direcionadas à mãe, por não ter percebido o que acontecia. Na leitura da TRI, esses conteúdos integram a narrativa com que a cliente explica e justifica a própria dor, sem serem tomados como sua causa. O foco clínico recai sobre o padrão afetivo e comportamental ativo no presente.

3 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O acompanhamento foi conduzido em três encontros: a avaliação terapêutica, a sessão de intervenção e o retorno. As etapas iniciais incluíram a entrevista, a compreensão da narrativa sobre o problema, a explicação breve das possibilidades do tratamento e a organização do processo.

3.1 INTEROCEPÇÃO

A interocepção é a percepção dos estados internos do corpo, como tensão, respiração e desconforto, e constitui o canal pelo qual o trabalho da TRI se realiza. Na sessão, o terapeuta desloca a atenção da cliente

do discurso para a experiência corporal presente, com conduções sutis, como "observe o que está acontecendo no seu corpo agora e onde essa sensação aparece primeiro". É a postura de escutar o dado corporal antes de traduzi-lo em palavras, mais do que uma técnica que, por si, produziria a mudança.

No caso, ao dirigir a atenção ao corpo, a cliente relatou um aperto no peito e um peso na região pélvica, especialmente ao falar sobre o marido e sobre o medo de sentir dor na relação sexual, descrevendo que a musculatura "enrijecia automaticamente". Inicialmente, manifestou dificuldade em permanecer com as sensações, com "vontade de sair correndo", movimento compreendido na TRI como resposta defensiva implícita, acionada quando a atenção se aproxima de estados que evocam vulnerabilidade. Com a continuidade da condução, tornou-se possível observar que o corpo mantinha um estado de alerta e contração, como se ainda precisasse se proteger.

A ínsula anterior participa da percepção consciente dos sinais viscerais, processo associado à experiência emocional (FERMIN et al., 2023). O trabalho com a atenção interoceptiva favoreceu a redução da hipervigilância corporal e a retomada do corpo como fonte legítima de informação sobre o estado presente, preparando o material que seria explorado no processo mediativo.

3.2 PROCESSO MEDIATIVO

O processo mediativo constitui o núcleo da TRI e corresponde ao 9º princípio, o Processo Mediativo, que se organiza em três movimentos simultâneos e entrelaçados, apresentados separadamente apenas por clareza didática: imagética, triangulação e catarse reintegrativa.

Quando uma sensação corporal associada à queixa se tornou perceptível, o terapeuta incentivou o desenvolvimento de estímulos imagéticos. A imagética é o direcionamento intencional de ideias, imagens e lembranças que desloca a atenção do discurso para a experiência corporal imediata. Seu efeito apoia-se em um mecanismo descrito na literatura, no qual a imagem mental opera como uma simulação da realidade, evocando respostas afetivas e corporais análogas às de uma experiência direta, com impacto emocional maior que o da representação verbal, em níveis neurofisiológico e subjetivo (JI et al., 2016). As imagens que emergem são respostas automáticas do condicionamento, associações formadas ao longo do tempo e disparadas por um estímulo. Assim como a palavra "amarelo" evoca de imediato um objeto já associado a ela, o convite a dar forma à sensação evoca a imagem mais fortemente condicionada àquele estado afetivo.

A partir do peso na região pélvica, emergiram imagens associadas a figuras significativas da história da cliente, entre elas o filho, o marido, a mãe e o pai. Cabe precisar seu estatuto. Essas imagens são respostas automatizadas evocadas no próprio processo. Não são entidades internas, pessoas reais reencontradas ou conteúdos vindos de um plano oculto. A elas vinculavam-se sentimentos e emoções distintos, sobretudo culpa, medo, solidão e raiva, que a cliente até então mantinha afastados por meio da racionalização.

A triangulação, outro desses movimentos, é o arranjo funcional estratégico entre o terapeuta, a cliente e a representação que emergiu, tratada como um feixe de estratégias, sem lhe dar voz como personagem ou entidade autônoma (KRAISCH, 2026). Nela, o terapeuta investiga, junto à cliente, as motivações em tensão e os custos que o padrão vinha mantendo. No caso, tornou-se observável um padrão de autoexigência e de anulação das próprias necessidades para preservar os vínculos, tanto o conjugal quanto o familiar de origem. Esse padrão remete ao 5º princípio, o Sacrifício por Amor aos Iguais. A relação com o grupo familiar era simultaneamente dolorosa e necessária, de modo que a cliente permanecia atada ao vínculo mesmo sem dele extrair prazer, precisando ao mesmo tempo evitar o desconforto que ele lhe provocava e preservá-lo, porque pertencer não é opcional. É dessa tensão entre motivações incompatíveis que resulta o cisalhamento afetivo. Ao observar essas representações com algum distanciamento da resposta afetiva imediata, a cliente pôde examinar o que até então operava de modo automático, movimento que, na literatura de regulação emocional, atenua a intensidade da reação emocional (MORAN; EYAL, 2022) e, na leitura da TRI, favorece a reorganização dos processos adaptativos em conflito e a redução do cisalhamento.

A catarse reintegrativa é outro desses movimentos. O termo catarse costuma evocar a ideia de descarga emocional, "desabafo" ou reviver intensamente um episódio doloroso, herança de uma leitura hidráulica dos afetos da qual a TRI se afasta (KRAISCH, 2026). Aqui, catarse não é chorar, gritar ou golpear um objeto, nem procurar "porquês". É o ato de colocar em palavras, de maneira lógica e estruturada, as ações, intenções e estratégias que estavam implícitas, organizando verbalmente o que foi experienciado no corpo durante a imagética e explorado na triangulação. Nomear o que se sente tem efeito regulatório próprio, e a pesquisa sobre affect labeling indica que traduzir a experiência afetiva em palavras atenua a resposta emocional e, em vários estudos, associa-se à redução da ativação de regiões como a amígdala, operando como forma implícita de regulação (TORRE; LIEBERMAN, 2018). No caso, a cliente pôde nomear a culpa, o medo, a solidão e a raiva e reconhecer a função que essas respostas cumpriam, sem reencená-las. É isso que a TRI entende por reintegração, ou seja, a reorganização de Processos Adaptativos que vinham operando em conflito, de modo que a sensação antes evitada deixe de disparar a resposta automática de evitação. O termo não designa a recolocação de uma parte que faltava.

Na TRI, a psicoeducação é a dimensão de aprendizado que atravessa todo o processo, compreendido como um percurso de revelação, reelaboração e reeducação, e não um momento final de orientação (KRAISCH, 2026). Esse aprendizado organiza-se em torno do "para que", e o foco recai sobre a função que as reações cumprem no presente, mais do que sobre o "porquê" localizado no passado. Ao compreender para que mantinha determinada resposta corporal e o que a ela se associava, a cliente passou a se relacionar de outro modo com a própria sensação, e aquilo que a incomodava deixou de precisar ser evitado ou temido. É uma intuição já presente na tradição comportamental, para a qual as respostas emocionais são aprendidas (WATSON; RAYNER, 1920) e podem ser reaprendidas (JONES, 1924). Quando a sensação deixa de ser

temida, deixa de operar como problema. No caso, esse entendimento repercutiu no cotidiano, com retomada progressiva do autocuidado e da disposição para a intimidade conjugal.

4 RESULTADOS

Ao longo dos três encontros, sendo o último uma consulta de retorno realizada cerca de dois meses após a sessão de intervenção, a cliente relatou remissão da dor durante a relação sexual e redução expressiva da candidíase, com apenas duas ocorrências isoladas no período subsequente. Descreveu ainda melhora da qualidade do sono, aumento da disposição, maior autorregulação diante de situações de estresse e reaproximação afetiva com o marido, com retomada da intimidade conjugal e do desejo de cuidar de si. A mudança expressou-se sobretudo no modo como a cliente passou a observar as próprias sensações e a agir diante do desconforto, coerente com a redução do cisalhamento afetivo. Diante da estabilidade relatada e do alcance do objetivo terapêutico, a cliente recebeu alta nesse retorno.

5 DISCUSSÃO

O caso ilustra a aplicação da TRI a um quadro de dor pélvica durante o ato sexual e candidíase de repetição sem causa orgânica identificável, com foco na redução do cisalhamento afetivo e na modulação da experiência de dor. A ênfase na atenção interoceptiva e no processo mediativo dialoga com a compreensão multifatorial e biopsicossocial da dispareunia (HILL; TAYLOR, 2021; CHARBONNEAU-LEFEBVRE et al., 2019), na medida em que a intervenção atua sobre a resposta afetiva e a hipervigilância associadas ao quadro, mais do que sobre uma suposta causa localizada. A repercussão sobre os episódios de candidíase é coerente com a literatura que associa infecções vulvovaginais recorrentes a sinais de estresse crônico e à desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (EHRSTRÖM et al., 2005; ALOTIBY, 2024), embora, no presente relato, tal associação permaneça no plano da hipótese clínica, sem mensuração fisiológica. Em comparação com abordagens tradicionais, o tempo de tratamento foi curto, o que constitui característica da TRI a ser examinada em estudos futuros.

Os resultados devem ser lidos com cautela. Trata-se de relato de caso único, de natureza ilustrativa, sem grupo de comparação, sem instrumentos psicométricos padronizados aplicados antes e depois do processo, sujeito a viés de relato retrospectivo e sem seguimento de médio e longo prazo. Além disso, a TRI não dispõe, até o momento, de estudos controlados publicados em periódicos indexados. Por essas razões, os achados têm caráter exploratório e servem para gerar hipóteses, não autorizando inferência de eficácia geral.

6 CONCLUSÃO

Este relato descreveu a aplicação da TRI a um caso de dor pélvica durante o ato sexual e candidíase de repetição, com desfecho favorável relatado pela cliente ao longo de três encontros, expresso na remissão da dor, na diminuição dos episódios de candidíase, na melhora do sono e na reaproximação conjugal. A leitura oferecida pela TRI não localiza o sofrimento nos eventos adversos da história da cliente, mas na configuração afetiva ativa no presente, marcada pela tensão entre evitar o desconforto ligado aos vínculos e, ao mesmo tempo, preservá-los por pertencimento, o cisalhamento afetivo que sustentava o comportamento evitativo condicionado. Coerente com o cuidado próprio da abordagem, o que se descreve é a redução do cisalhamento e a remissão dos sintomas relatados, sem promessa de cura ou de eliminação definitiva do sofrimento. Reafirmando seu caráter exploratório, sugere-se a realização de estudos com delineamento controlado, instrumentos padronizados e seguimento de médio e longo prazo, que permitam avaliar de forma mais rigorosa a contribuição da abordagem a queixas ginecológicas persistentes de natureza funcional.

REFERÊNCIAS

- ALOTIBY, A. Immunology of stress: a review article. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 21, art. 6394, 2024. DOI: 10.3390/jcm13216394.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CHARBONNEAU-LEFEBVRE, V.; VAILLANCOURT-MOREL, M.-P.; BRASSARD, A.; STEBEN, M.; BERGERON, S. Self-efficacy mediates the attachment-pain association in couples with provoked vestibulodynia: a prospective study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 16, n. 11, p. 1803-1813, 2019. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.08.012.
- EHRSTRÖM, S. M.; KORNFELD, D.; THURESSON, J.; RYLANDER, E. Signs of chronic stress in women with recurrent candida vulvovaginitis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 193, n. 4, p. 1376-1381, 2005. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.03.068.
- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: 10.1126/science.847460.
- FERMIN, A. S. R. et al. Insula neuroanatomical networks predict interoceptive awareness. **Heliyon**, v. 9, n. 8, e18307, 2023. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e18307.
- HILL, D. A.; TAYLOR, C. A. Dyspareunia in women. **American Family Physician**, v. 103, n. 10, p. 597-604, 2021.
- JI, J. L.; HEYES, S. B.; MACLEOD, C.; HOLMES, E. A. Emotional mental imagery as simulation of reality: fear and beyond—a tribute to Peter Lang. **Behavior Therapy**, v. 47, n. 5, p. 702-719, 2016. DOI: 10.1016/j.beth.2015.11.004.

JONES, M. C. A laboratory study of fear: the case of Peter. **The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology**, v. 31, n. 4, p. 308-315, 1924. DOI: 10.1080/08856559.1924.9944851.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

LÖWE, B. et al. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. **The Lancet**, v. 403, n. 10444, p. 2649-2662, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00623-8.

MORAN, T.; EYAL, T. Emotion regulation by psychological distance and level of abstraction: two meta-analyses. **Personality and Social Psychology Review**, v. 26, n. 2, p. 112-159, 2022. DOI: 10.1177/10888683211069025.

MOSHFEGHY, Z. et al. Association of sexual function and psychological symptoms (depression, anxiety and stress) in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. **Journal of the Turkish-German Gynecological Association**, v. 21, n. 2, p. 90-96, 2020. DOI: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2019.0077.

PETZKE, T. M.; WITTHÖFT, M. The association of emotion regulation and somatic symptoms. **Psychosomatic Medicine**, v. 86, n. 6, p. 561-568, 2024. DOI: 10.1097/PSY.0000000000001310.

SCHNABEL, K.; PETZKE, T. M.; WITTHÖFT, M. The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions: a systematic narrative review. **Clinical Psychology Review**, v. 97, art. 102196, 2022. DOI: 10.1016/j.cpr.2022.102196.

SOLTAN, M. R.; RAHEEM, T. A. Abdel; SOLIMAN, S. S.; SALEH, N. M.; KHATERY, B. H. Depression and anxiety as risk factors for female sexual pain. **Middle East Current Psychiatry**, v. 27, n. 1, art. 51, 2020. DOI: 10.1186/s43045-020-00061-w.

THOMTÉN, J.; LINTON, S. J. A psychological view of sexual pain among women: applying the fear-avoidance model. **Women's Health**, v. 9, n. 3, p. 251-263, 2013. DOI: 10.2217/whe.13.19.

TORRE, J. B.; LIEBERMAN, M. D. Putting feelings into words: affect labeling as implicit emotion regulation. **Emotion Review**, v. 10, n. 2, p. 116-124, 2018. DOI: 10.1177/1754073917742706.

WATSON, J. B.; RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. **Journal of Experimental Psychology**, v. 3, n. 1, p. 1-14, 1920. DOI: 10.1037/h0069608.

CAPÍTULO 6

COMPULSÃO ALIMENTAR TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

BINGE EATING DISORDER TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-006>

Jean Marcel Rodrigues Menegotto

Terapeuta TRI. Bento Gonçalves - RS

E-mail: terapeutajeanmarcel@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3373-0006>

RESUMO

A compulsão alimentar caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de comida em curto período, acompanhados de sensação de perda de controle, culpa e sofrimento emocional intenso. O quadro costuma se associar a sintomas ansiosos e depressivos e impõe desafios clínicos importantes, sobretudo quando persiste ao longo dos anos apesar de diferentes tentativas de tratamento. Este artigo apresenta o relato de caso clínico da cliente T., 44 anos, com compulsão alimentar, crises de ansiedade e pânico e ideação suicida agravadas após o término conjugal, tratada por meio da Terapia de Reintegração Implícita (TRI). O trabalho terapêutico voltou-se aos aprendizados afetivos em conflito ligados à exigência, à culpa e à necessidade de aprovação, cuja tensão sustentava o comportamento evitativo condicionado no presente. Ao longo do processo, observou-se redução do cisalhamento afetivo, com remissão relatada dos episódios de compulsão alimentar, melhora do sono e da regulação emocional e retomada da vida social. O caso sugere que a TRI pode ser uma abordagem breve útil no manejo de quadros em que o comportamento alimentar é sustentado por aprendizados afetivos em conflito, hipótese a ser examinada em estudos controlados.

Palavras-chave: Cisalhamento Afetivo; Compulsão Alimentar; Culpa; Terapia de Reintegração Implícita.

ABSTRACT

Binge eating is characterized by recurrent episodes of consuming large amounts of food in a short period, accompanied by a sense of loss of control, guilt, and intense emotional distress. The condition is frequently associated with anxiety and depressive symptoms and poses significant clinical challenges, especially when it persists over the years despite different treatment attempts. This article presents the clinical case report of client T., a 44-year-old woman with binge eating, anxiety and panic attacks, and suicidal ideation that worsened after the end of her marriage, treated with Implicit Reintegration Therapy (TRI). The therapeutic

work addressed the conflicting affective learnings related to demandingness, guilt, and the need for approval, whose tension sustained her conditioned avoidance behavior in the present. Throughout the process, a reduction of affective shear was observed, with reported remission of binge eating episodes, improvement in sleep and emotional regulation, and resumption of social life. The case suggests that IRT may be a useful brief approach for conditions in which eating behavior is sustained by conflicting affective learnings, a hypothesis to be examined in controlled studies.

Keywords: Affective Shear; Binge Eating; Guilt; Implicit Reintegration Therapy.

1 INTRODUÇÃO

A compulsão alimentar é caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva, acompanhados de sensação de perda de controle, culpa e sofrimento emocional intenso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O quadro apresenta elevada comorbidade com transtornos ansiosos e depressivos e impacto significativo sobre a qualidade de vida e o funcionamento social e ocupacional (ARIJA VAL et al., 2022). No contexto brasileiro, dados do estudo ELSA-Brasil evidenciam que episódios recorrentes de compulsão alimentar são frequentes entre adultos e se associam a obesidade e a fatores de estilo de vida (SILVA et al., 2016). Convém distinguir esse comportamento autorrelatado do transtorno de compulsão alimentar formalmente diagnosticado, cuja prevalência é bem menor, estimada em amostra nacional dos Estados Unidos em 0,85% ao longo da vida e 0,44% em doze meses (UDO; GRILO, 2018).

Entre as psicoterapias empregadas no tratamento da compulsão alimentar, as de orientação cognitivo-comportamental contam com a maior sustentação empírica, incluindo o modelo transdiagnóstico para os transtornos alimentares (FAIRBURN; COOPER; SHAFRAN, 2003; COSTA; MELNIK, 2016). Ainda assim, parte dos pacientes não alcança remissão ou volta a apresentar sintomas após o tratamento, o que torna a prevenção de recaída um ponto central e justifica a investigação continuada de abordagens complementares e dos mecanismos que sustentam a mudança clínica (COSTA; MELNIK, 2016).

A Terapia de Reintegração Implícita (TRI) é uma abordagem psicoterapêutica breve, desenvolvida por Kraisch (2026), fundamentada em princípios da neurociência afetiva e no modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977; KRAISCH, 2026). A percepção dos sinais internos do corpo, a interocepção, processo de que a ínsula participa, contribui para a experiência emocional consciente (PACE-SCHOTT et al., 2019), e é esse canal interoceptivo que a TRI toma como via de trabalho. Trata-se de abordagem ainda sem estudos controlados publicados em periódicos indexados, razão pela qual relatos de caso como este têm caráter exploratório e servem à geração de hipóteses a serem testadas em desenhos de pesquisa mais robustos.

Na leitura da TRI, o foco clínico está no padrão presente de rigidez cognitiva e de comportamento evitativo condicionado, de origem multifatorial e associado a fatores pessoais, biológicos, sociais e culturais. Quando processos adaptativos incompatíveis coexistem, instala-se a tensão que a TRI denomina cisalhamento afetivo, um desconforto persistente que sustenta o comportamento evitativo condicionado, do qual decorre o sofrimento. Este relato de caso tem como objetivo descrever a aplicação da TRI ao caso da cliente T., 44 anos, que buscou atendimento com queixa de compulsão alimentar acompanhada de crises de ansiedade e pânico, detalhando a apresentação clínica, o processo terapêutico à luz dos princípios da TRI e os resultados observados.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 CONTEXTO E QUEIXA INICIAL

A cliente T.⁶, 44 anos, produtora musical, procurou atendimento com queixa principal de compulsão alimentar. No primeiro contato, demonstrou grande sofrimento ao abordar o tema, contando que nunca havia compartilhado essa dificuldade com outras pessoas. Durante o atendimento, apresentou choro intenso e referiu impotência e insegurança, com uma sensação persistente de perda de controle sobre a própria vida.

Segundo a cliente, o comportamento compulsivo desenvolveu-se gradualmente ao longo dos últimos anos, em um período de alta pressão profissional e conjugal. Descrevia o ex-marido como figura crítica e exigente, que cobrava resultados, desempenho e aparência física, e cujas demonstrações de carinho ocorriam apenas quando ela atendia às expectativas dele, o que a fazia sentir-se constantemente em dívida afetiva. Relatou episódios repetidos de quebra de confiança ao longo do casamento, que na ocasião minimizava. Os episódios de alimentação compulsiva ocorriam sobretudo à noite, após longas jornadas de trabalho e discussões conjugais. Depois que o ex-marido dormia, comia sozinha e em silêncio, referindo-se a esses momentos como "as únicas horas em que eu podia relaxar e ser eu mesma". Ao alívio imediato seguiam-se culpa e vergonha intensas.

Com o tempo, instalou-se uma alternância entre restrição pública e descontrole privado. Em eventos sociais e jantares com amigos, T. evitava comer, alegando falta de apetite, e, ao chegar em casa, consumia grandes quantidades de alimento de forma acelerada. Essa alternância consolidou o ciclo de autopunição. A cliente estava acima do peso e apresentava dificuldades de mobilidade associadas.

Além da compulsão alimentar, T. relatou crises de ansiedade, episódios de pânico e ideação suicida sem tentativa, agravados após o término de seu relacionamento conjugal, quando se intensificaram os sentimentos de rejeição e desvalorização, somados à sensação de fracasso. Nesse período, T. sentia medo

⁶ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

de ficar sozinha e, ao mesmo tempo, desconforto em ambientes com muitas pessoas. Numa tentativa de manter tudo sob domínio, passou a assumir funções que ultrapassavam sua área de atuação, acumulando tarefas como forma de provar competência. Entre noites de trabalho excessivo e exaustão crescente, comer consolidou-se como o principal momento de prazer e alívio de que dispunha, imediatamente seguido de remorso e autodepreciação.

Reconhecia, contudo, que essas experiências a acompanhavam havia muito tempo. Conseguia "fingir" bem em público, exceto em algumas ocasiões em que procurou o hospital acreditando estar tendo um ataque cardíaco e em uma ou duas crises de choro em que simplesmente "travou". Em suas palavras: "eu sabia que essa sensação sempre esteve comigo. Não era só o divórcio que doía, era o peso de tudo o que já estava comigo antes". Essa observação foi decisiva para a indicação da TRI, por evidenciar que o padrão de resposta afetiva antecedia o evento, manifestava-se em vários aspectos da vida cotidiana e seguia ativo no presente.

Quanto à história de vida, T. relatou ter crescido em ambiente familiar emocionalmente contido e disciplinador. Por ser a filha mais velha, era a responsável por cuidar da casa quando chegava da escola, e descreveu a mãe como distante e excessivamente preocupada com aparência e comportamento social, que impunha restrições alimentares desde a infância com frases como "meninas bonitas não comem demais". O pai, embora presente, era tido como crítico e exigente, que valorizava desempenho e resultados como sinônimos de valor pessoal. Importa registrar que, na leitura da TRI, essas experiências relatadas compõem a narrativa que a cliente construiu para dar sentido à própria dor. O que interessava clinicamente era o padrão que se mantinha ativo no presente, no qual exigência, culpa e controle coexistiam com a busca de alívio e liberdade, e no qual comer era o comportamento em que essas motivações incompatíveis se encontravam.

Nas entrevistas iniciais, observou-se uma mulher articulada e reflexiva, cooperativa no atendimento, com discurso coerente, embora permeado por rigidez moral e pela necessidade constante de justificar o comportamento nocivo de pessoas afetivamente importantes para ela. Identificaram-se estratégias de evitação e mecanismos compensatórios sustentados pela hiperprodutividade e por um perfeccionismo rígido.

2.2 TRATAMENTOS ANTERIORES

Ao longo dos anos, T. buscou diferentes formas de tratamento psicológico e práticas voltadas ao autoconhecimento. Realizou psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental por aproximadamente oito meses, centrada em estratégias de modificação de pensamento e controle de impulsos alimentares. Segundo seu relato, essa abordagem acabou reforçando a autocrítica, pois interpretava cada recaída como um "fracasso pessoal". Manteve ainda, por cerca de dois anos, terapia psicodinâmica, com ganho de

compreensão sobre suas relações familiares e afetivas, mas sem redução significativa dos sintomas de ansiedade, compulsão ou culpa. Em suas palavras: "entendia o que acontecia comigo, mas não conseguia mudar o que sentia".

Recorreu também a práticas complementares, como constelação familiar, sessões em centro espírita, Reiki, meditação guiada, yoga, técnicas de respiração e cursos de desenvolvimento pessoal. Reconhecia que algumas dessas experiências proporcionaram conforto momentâneo e sensação de acolhimento, mas que retornava em seguida à mesma rotina de ansiedade e autocobrança, e admitia que muitas vezes buscava nelas explicações externas para dores que não conseguia nomear. As práticas autônomas de meditação e respiração, realizadas de forma solitária e sistemática, eram voltadas a "manter o foco" e "controlar a mente", funcionando como estratégia de contenção que alimentava o padrão de isolamento e de evitação do contato com emoções intensas. T. declarava admirar figuras associadas ao autocontrole e expressava o desejo de "ser mais racional", embora percebesse que o esforço constante para permanecer em equilíbrio era justamente o que a mantinha em estado de tensão e vigilância. Essa trajetória ilustra um ciclo recorrente de racionalização e contenção emocional, o mesmo padrão de controle que se expressava em seu comportamento alimentar e em suas relações interpessoais.

2.3 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O trabalho terapêutico com T. compreendeu uma sessão de intervenção segundo o Processo Mediativo da TRI e uma sessão de retorno realizada cerca de sessenta dias depois, seguidas de contatos pontuais de acompanhamento. Seus três movimentos, a imagética, a triangulação e a catarse reintegrativa, operam de forma entrelaçada e são descritos aqui em separado apenas por clareza.

A sessão inicial começou por um trabalho de desenvolvimento da interocepção, isto é, da capacidade de perceber e reconhecer as próprias sensações corporais. Na TRI, a interocepção é a via de acesso aos padrões automatizados que sustentam o comportamento evitativo condicionado, já que boa parte das respostas emocionais se manifesta primeiro no corpo, antes de qualquer elaboração consciente. A fala explicativa é deliberadamente evitada nesse momento, porque a narrativa mantém o cliente a uma distância segura do estado corporal desconfortável. O corpo de T. expressava, desde o início, o que seu discurso polido não dizia: respiração curta, ombros tensionados, mãos entrelaçadas e olhar fixo.

Após alguns minutos de respiração consciente e de atenção voltada para o corpo, T. relatou sentir "um peso no peito e um calor na garganta, como se algo quisesse sair". O terapeuta a convidou a dar forma à sensação, movimento de imagética do Processo Mediativo, com a pergunta "se esta sensação fosse representada por alguém, sem pensar muito sobre a resposta, quem seria?". T. respondeu: "vejo a minha mãe". A imagem surgiu vívida, a mãe rígida, de expressão severa, olhando-a com desaprovação. Em seguida, recordou uma festa da infância em que, ao tentar pegar um doce, ouviu a frase "meninas bonitas

não comem demais". Convém esclarecer o que a TRI entende por essas imagens. São respostas automáticas do próprio condicionamento da cliente, associações formadas ao longo da vida e disparadas com rapidez, abaixo do limiar da consciência, sem origem externa nem plano oculto. Assim como a palavra "amarelo" evoca de imediato um objeto já associado a ela, o convite a dar forma a uma sensação evoca a imagem mais fortemente condicionada àquele estado.

Na triangulação, arranjo funcional entre terapeuta, cliente e a representação que emergiu, tratada como um feixe de estratégias aprendidas, sem ser personificada, T. pôde permanecer em contato com a sensação que costumava evitar e examinar as motivações em tensão naquele padrão. Formulou em palavras o que nunca havia dito: "o medo que a senhora me deu me impediu de viver. Eu passei a vida tentando não ser deixada". Reconheceu também, na figura materna, uma intenção de proteção que passara a associar ao controle, percebendo que a vigilância sobre a comida, na infância, se organizara como um modo de evitar que ela fosse rejeitada. O corpo reagiu com tremores, soluços e respiração irregular. A catarse reintegrativa, porém, caracteriza-se pelo ato de pôr em palavras, de forma lógica e estruturada, o que estava implícito, como T. fez ao verbalizar o que até então não conseguira dizer. A intensidade da resposta emocional foi diminuindo, e T. relatou "um calor se espalhando pelo peito". O terapeuta esclareceu que a imagem trabalhada era uma expressão dos aprendizados da própria cliente.

Em novo trabalho de focalização interoceptiva, T. relatou "um peso sobre os ombros e uma pressão no estômago, como se carregasse algo". Convidada a dar forma à sensação, respondeu: "meu pai". Descreveu a imagem de um homem cansado, calado e exigente: "ele sempre foi assim, nunca demonstrava nada, só cobrava". Na triangulação, orientada a expressar aquilo que sempre silenciara, a raiva contida por anos irrompeu: "eu te odiava por nunca me olhar! Eu fiz de tudo pra agradar e nunca bastou!". O terapeuta sustentou a regulação corporal enquanto T. permanecia em contato com a sensação, sem recorrer à evitação habitual. No desdobramento da mediação, a cliente formulou a compreensão que se delineava: "eu só queria que o senhor me olhasse com carinho". A isso seguiu-se um estado de calma, e o aprendizado "preciso ser perfeita para ser amada", até então automatizado, começou a perder força. É esse o mecanismo que a TRI descreve como dessensibilização por exposição mediada, em que a cliente deixa de lutar contra a sensação que evitava e se torna menos sensível a ela.

Ainda na mesma sessão, ao voltar a atenção ao corpo, T. relatou "um pequeno nó no abdômen, como se algo ainda restasse ali". A representação evocada foi a do ex-marido, descrito em pé, com expressão provocadora. Nos relatos iniciais, T. dizia que o perdoava e atribuía a si mesma a culpa pela separação: "eu engordei, fiquei menos interessante". Na triangulação, estimulada a expressar o que havia sido silenciado, o corpo reagiu com vigor, com respiração ofegante, voz firme e ombros contraídos: "você me destruiu! Eu te defendi, me culpei, e você me traiu! Você era igual ao meu pai, frio e egoísta!". O choro deu lugar à raiva e, depois, ao alívio. Entre soluços, T. percebeu espontaneamente a repetição do padrão: "agora eu percebo,

ele era o meu pai, de outro jeito". Ao final, a cliente descreveu a cena de encerramento, em que permanecia ereta e tranquila enquanto a figura se afastava: "eu mandei ele ir embora, ele ficou surpreso, mas eu não senti raiva, só paz".

Ao abrir os olhos, T. respirou fundo e sorriu entre lágrimas: "não era a comida, era o medo de não ser suficiente". Clinicamente, observaram-se respiração fluida, tônus equilibrado e postura estável. A cliente encerrou a sessão relatando leveza e uma sensação inédita de presença: "parece que o corpo tá quieto, como se finalmente eu tivesse espaço pra respirar".

3 ANÁLISE DA TERAPIA

O caso de T. pode ser lido a partir de alguns princípios do Decálogo da TRI (KRAISCH, 2026), detalhados no capítulo de fundamentos desta obra e aqui aplicados diretamente ao caso.

A queixa que motivou a busca por atendimento, a compulsão alimentar, corresponde ao que o décimo princípio, O Problema não é o Problema, chama de problema percebido, isto é, a manifestação que o cliente identifica e apresenta. O que sustentava o comportamento evitativo era a tensão entre processos adaptativos incompatíveis, ativa no presente. Por isso o foco terapêutico foi deslocado do sintoma alimentar para o padrão em que exigência e busca de aprovação se enredavam com a culpa, e que o alimentava.

A explicação que T. trazia para a própria dor ilustra o segundo princípio, a Narrativa Coerente, uma construção racional e socialmente aceitável que organiza a experiência enquanto afasta a atenção do estado corporal desconfortável ligado ao comportamento evitativo. A cliente associava o ganho de peso às diversas traições e ao término conjugal, em uma cadeia causal aparentemente lógica, e seu discurso polido e analítico funcionava como esquiva, na forma que a TRI chama de euísmo, o "eu sou assim por causa daquilo". Falar sobre a própria história a mantinha a uma distância segura do desconforto corporal que preferia não sentir.

A descrição das reações físicas de T. exemplifica o quarto princípio, Corpo é o Palco. O medo e a ansiedade que a incomodavam são compreendidos como respostas corporais, associadas a fatores pessoais, biológicos, sociais e culturais, e a culpa, como o sentimento que se organiza sobre esse estado. Essas respostas constituem o próprio fenômeno clínico. Do ponto de vista neurocientífico, metanálise de neuroimagem por ressonância magnética funcional associa a ínsula posterior à atenção a sinais interoceptivos cardíacos, com participação reconhecida na experiência emocional (SCHULZ, 2016).

O quinto princípio, Sacrifício por Amor aos Iguais, ilumina o núcleo do caso. Pela necessidade de pertencer ao grupo familiar, o indivíduo desenvolve vínculos afetivos que influenciam seus comportamentos e que não são necessariamente prazerosos. Essa centralidade do pertencimento tem raízes evolutivas, já que as demandas da vida em grupo moldaram a expansão do cérebro dos primatas, como propõe a hipótese do cérebro social (DUNBAR, 2009). A relação de T. com a mãe e com o pai era, ao mesmo tempo, dolorosa e necessária. Ela precisava evitar o desconforto que essas relações lhe provocavam

e, na mesma medida, precisava preservá-las, porque pertencer àquele grupo não era opcional. Dessa tensão entre motivações incompatíveis nasce o cisalhamento afetivo que sustentava o comportamento evitativo condicionado. A submissão, aprendida como via segura de manter vínculos, reapareceu depois no casamento, no qual T. se anulava para obter aprovação e carinho.

Essa reedição remete ao sétimo princípio, os Scripts de Atuação, as estratégias de comportamento aprendidas no grupo de origem que o indivíduo volta a empregar em contextos novos. A percepção espontânea da cliente na sessão, ao notar que o ex-marido era "o meu pai, de outro jeito", descreve com precisão esse retorno de um padrão antigo, sem recorrer a qualquer noção de destino ou fatalismo. Tratava-se do modo de se vincular que T. levava consigo e que continuava disponível.

O oitavo princípio, a Demanda Afetiva, explica por que o quadro se perpetua. Uma vez consolidada, a configuração afetiva conhecida tende a se manter, porque o já aprendido é mais econômico para o organismo do que o desconhecido. Comer à noite, sozinha, produzia alívio imediato e uma sensação de liberdade que T. não encontrava em nenhum outro contexto, e a culpa que se seguia a reconduzia ao estado de autocobrança e autocrítica que lhe era familiar. A alternância entre restrição pública e descontrole privado preservava, assim, essa mesma organização em funcionamento contínuo.

Sob o nono princípio, o Processo Mediativo, o que produziu a mudança, na leitura da TRI, foi a permanência em contato com a sensação que a cliente passara a vida evitando. Com o suporte do terapeuta, T. se dessensibilizou àquilo de que fugia. É a esse estado, em que processos adaptativos antes em conflito passam a coexistir sem disparar evitação, que a TRI chama reintegração.

4 RESULTADOS

A sessão de retorno, realizada cerca de sessenta dias após a intervenção, evidenciou mudanças relatadas em diferentes esferas da vida de T. O quadro inicial de compulsão alimentar, associado à culpa e ao isolamento e marcado por forte autocrítica, havia dado lugar a comportamentos mais funcionais. A cliente relatou a cessação dos episódios de compulsão, perda de peso gradual sem restrições extremas, retomada espontânea de alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e rotina estável de sono. Destacou que voltou a participar de jantares e encontros sociais com prazer e segurança, situação que evitava pela vergonha de comer em público.

No plano pessoal, relatou com entusiasmo o novo relacionamento, descrito como "mais leve e respeitoso", além de ter feito um grande passeio pela Europa. Também reduziu o número de tarefas com que antes buscava provar competência. Durante o encontro, observaram-se postura ereta, contato visual firme, fala fluida e assertiva e sinais de autocuidado, sem os indicadores de tensão registrados na primeira sessão.

A principal mudança relatada, contudo, foi no modo como T. passou a se observar. Onde antes havia autojulgamento e o impulso de justificar o comportamento alheio, apareceu uma postura mais cuidadosa consigo mesma. A cliente reconheceu que sua dificuldade estava nos aprendizados afetivos ligados à necessidade de aprovação e ao medo de rejeição, mais do que na comida, no corpo ou na culpa após comer. Diante da consolidação desses resultados, terapeuta e cliente decidiram conjuntamente pelo encerramento do processo. Em contatos pontuais ao longo dos dois anos seguintes, T. referiu manutenção da melhora e ausência de novos episódios de compulsão. Trata-se de informação baseada exclusivamente no autorrelato da cliente, sem avaliação padronizada.

À luz da TRI, esses ganhos são interpretados como consequência da redução do cisalhamento afetivo. O desconforto corporal associado à exigência e à possibilidade de rejeição, que antes disparava a sequência automática de contenção pública e compensação privada, deixou de funcionar como sinal de fuga, e a cliente tornou-se capaz de permanecer nas situações que costumava evitar, como comer diante de outras pessoas, e de agir mesmo quando algo ainda a incomodava. Em síntese, a mudança descrita decorreu do modo como T. passou a se relacionar com as próprias sensações, o que se refletiu diretamente no comportamento alimentar, no trabalho e nos vínculos.

5 CONCLUSÃO

Este relato descreveu a aplicação da TRI a um quadro de compulsão alimentar associado a crises de ansiedade e pânico e a ideação suicida, em uma cliente cujas tentativas anteriores de tratamento haviam produzido compreensão sem mudança do que sentia. Na leitura da TRI, o sofrimento de T. vinha da tensão entre processos adaptativos que se mantinha ativa no presente, e não de eventos isolados. É esse cisalhamento afetivo que sustentava o comportamento evitativo, aqui expresso na compulsão, que ao mesmo tempo aliviava e perpetuava a tensão. O horizonte da TRI é a redução do cisalhamento afetivo, com remissão sintomática como desfecho esperado.

Chama atenção a rapidez da resposta após uma única sessão de intervenção, seguida de uma sessão de retorno sessenta dias depois. Esse achado deve ser interpretado com cautela. Trata-se de relato de caso único, sem grupo de comparação, sem instrumentos psicométricos padronizados e sujeito ao viés do relato retrospectivo da própria cliente, e o seguimento posterior ocorreu por contatos informais, sem avaliação sistemática. Nessas condições, os resultados descritos não autorizam inferência sobre a eficácia geral da TRI no tratamento da compulsão alimentar ou de quadros ansiosos associados.

Ainda assim, ao explicitar a lógica conceitual e clínica da TRI em um caso concreto, este trabalho pode contribuir para a formulação de hipóteses a serem examinadas em pesquisas futuras, com mais casos e acompanhamento sistemático de médio e longo prazo, apoiadas em instrumentos padronizados de mensuração. A identificação do cisalhamento afetivo como alvo clínico pode ser uma via de trabalho

relevante para clientes cujo comportamento compulsivo persiste apesar de abordagens já consolidadas, sobretudo quando ele opera como estratégia de regulação diante de processos adaptativos incompatíveis. A experiência de T. sugere que, quando o problema é compreendido como aprendizado em conflito, em vez de como defeito pessoal, o processo terapêutico pode devolver ao indivíduo a possibilidade de sentir, escolher e viver com maior autonomia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARIJA VAL, V.; SANTI CANO, M. J.; NOVALBOS RUIZ, J. P.; CANALS, J.; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. **Nutrición Hospitalaria**, v. 39, n. spec. 2, p. 8-15, 2022. DOI: 10.20960/nh.04173.

COSTA, M. B.; MELNIK, T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 2, p. 235-277, 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120.

DUNBAR, R. I. M. The social brain hypothesis and its implications for social evolution. **Annals of Human Biology**, v. 36, n. 5, p. 562-572, 2009. DOI: 10.1080/03014460902960289.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. DOI: 10.1126/science.847460.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 5, p. 509-528, 2003. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

PACE-SCHOTT, E. F. et al. Physiological feelings. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 103, p. 267-304, 2019. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.002.

SCHULZ, S. M. Neural correlates of heart-focused interoception: a functional magnetic resonance imaging meta-analysis. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 371, n. 1708, art. 20160018, 2016. DOI: 10.1098/rstb.2016.0018.

SILVA, T. S. da; MOLINA, M. D. C. B.; NUNES, M. A. A.; FARIA, C. P. de; CADE, N. V. Binge eating, sociodemographic and lifestyle factors in participants of the ELSA-Brazil. **Journal of Eating Disorders**, v. 4, art. 25, 2016. DOI: 10.1186/s40337-016-0095-1.

UDO, T.; GRILO, C. M. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. **Biological Psychiatry**, v. 84, n. 5, p. 345-354, 2018. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.

CAPÍTULO 7

DEPENDÊNCIA EMOCIONAL TRATADA COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

EMOTIONAL DEPENDENCE TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-007>

Juliana Kegler

Terapeuta TRI. São Miguel do Oeste - SC

E-mail: juli.kegler@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9757-5681>

RESUMO

A dependência emocional é um quadro clínico frequente, no qual a pessoa organiza suas relações em torno da necessidade de aprovação e do medo de ficar só, com reações impulsivas que comprometem a vida pessoal e profissional. Esses padrões costumam se manter mesmo diante de tentativas de tratamento centradas apenas no discurso. Este artigo apresenta o relato de caso clínico do Sr. P., 38 anos, com dependência emocional que comprometia suas relações afetivas e seu cotidiano, tratado por meio da Terapia de Reintegração Implícita (TRI). As sessões trabalharam o comportamento afetivo condicionado envolvido nesse padrão de dependência, favorecendo a compreensão de como essas respostas se formaram e passaram a governar suas escolhas e relações. Ao longo de aproximadamente dois meses, entre a primeira sessão presencial, o acompanhamento on-line e o retorno presencial, observaram-se redução das reações impulsivas e agressivas, relações afetivas e familiares mais estáveis e maior autonomia emocional, sintetizadas na afirmação do cliente de que passou a assumir a própria vida. O relato sugere que a TRI pode favorecer a reorganização de processos adaptativos que operavam em conflito na dependência emocional, funcionando como abordagem breve, ainda que os resultados tenham caráter exploratório e não autorizem generalização.

Palavras-chave: Cisalhamento afetivo; Dependência emocional; Terapia de Reintegração Implícita (TRI).

ABSTRACT

Emotional dependence is a frequent clinical picture, in which the person organizes their relationships around the need for approval and the fear of being alone, with impulsive reactions that compromise personal and professional life. These patterns tend to persist even when treatment is centered solely on verbal discourse. This article presents the clinical case report of Mr. P., 38 years old, with emotional dependence that compromised his affective relationships and daily life, treated through Implicit Reintegration Therapy

(IRT). The sessions worked on the conditioned affective behavior involved in this pattern of dependence, fostering an understanding of how these responses were formed and came to govern his choices and relationships. Over approximately two months, spanning the first in-person session, on-line follow-up, and an in-person return, there was a reduction in impulsive and aggressive reactions, more stable affective and family relationships, and greater emotional autonomy, summarized in the client's statement that he had come to take charge of his own life. The report suggests that IRT may favor the reorganization of adaptive processes that were operating in conflict in emotional dependence, functioning as a brief approach, although the results are exploratory and do not authorize generalization.

Keywords: Affective shear; Emotional dependence; Implicit Reintegration Therapy (IRT).

1 INTRODUÇÃO

A dependência emocional é um quadro clínico frequente, no qual a pessoa organiza suas relações em torno da necessidade de aprovação, do medo do abandono e do medo da rejeição, com reações impulsivas que comprometem a vida pessoal e profissional. A literatura associa esse quadro à baixa autoconfiança e a padrões de apego inseguro (GUAN et al., 2025) e à presença de ansiedade, sintomas depressivos e impulsividade (LE MOS; VÁSQUEZ; ROMÁN-CALDERÓN, 2019). Esses padrões costumam se manter mesmo diante de tentativas de tratamento centradas apenas no discurso.

Diferentes psicoterapias têm sido aplicadas à dependência emocional, com resultados no manejo de sintomas como ansiedade, insegurança e baixa autoestima. A Terapia Cognitivo-Comportamental trabalha crenças e comportamentos disfuncionais e mostra redução de sintomas e melhora da qualidade de vida em quadros relacionados (IBRAGIM et al., 2025), e uma revisão meta-analítica associa níveis mais altos de dependência interpessoal a melhor desfecho na terapia psicodinâmica (KANE; BORNSTEIN, 2019).

A Terapia de Reintegração Implícita (TRI), criada por Rafael Kraisch, é uma abordagem de base neurocientífica que trabalha o padrão que se mantém ativo no presente do cliente, sem investigar causas no passado (KRAISCH, 2026). O deslocamento da atenção do discurso para os estados internos do corpo, que a abordagem privilegia, encontra respaldo na literatura de neurociência afetiva, uma vez que as regiões interoceptivas, sobretudo a ínsula anterior, participam das redes de regulação emocional e de tomada de decisão (TAN et al., 2022), e a capacidade interoceptiva aparece associada à regulação emocional em intervenções centradas no corpo (LAZZARELLI et al., 2024). Por atuar nesse nível, pode ser usada de forma complementar a outras psicoterapias em quadros como a dependência emocional. É uma abordagem breve e ainda sem estudos controlados publicados em periódicos indexados, o que torna importante a documentação de relatos de caso como este.

Na TRI, o que o cliente diz sobre si mesmo é entendido como uma narrativa construída, a narrativa coerente, forma aprendida de explicar os próprios comportamentos, mais do que um retrato exato de sua realidade interna (KRAISCH, 2026). Uma das manifestações da narrativa coerente é o euísmo, a construção do tipo "eu sou assim por causa disso" que o cliente elabora para explicar ou justificar o seu problema, e que nem sempre corresponde ao problema real. Essa fala costuma funcionar como esquiva, um modo de justificar o sofrimento em vez de entrar em contato com ele. Por isso, ao longo da sessão, o terapeuta observa como o cliente fala, reage e se move, incluindo os pequenos movimentos corporais e as respostas que surgem diante de um estímulo, como uma lembrança ou a imagem que emerge na imagética, e mesmo aquilo que ele não põe em palavras e tenta expressar pelo corpo. Esses sinais indicam que algo ali precisa ser observado e tratado na terapia, sem serem tomados como uma verdade em si.

A TRI busca reorganizar os processos adaptativos que operavam em conflito, reduzindo o cisalhamento afetivo que sustenta o comportamento evitativo condicionado e ampliando a autonomia do cliente. A seguir, um relato de caso clínico estruturado segundo as diretrizes CARE (GAGNIER et al., 2013), adaptadas para casos ilustrativos.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1 INFORMAÇÕES DO CLIENTE

O Sr. P.⁷ (nome fictício), homem de 38 anos, atuava como autônomo em sua empresa de revenda de produtos elétricos. Iniciou a terapia por indicação de sua ex-companheira, com quem ainda mantinha certo vínculo. Ela o descrevia como um homem muito bom, embora o relacionamento não estivesse em harmonia. Apesar das dificuldades, desejava ajudá-lo, reconhecendo suas qualidades e acreditando que ele merecia suporte. Em sua própria trajetória terapêutica, ela havia compreendido que todos carregam dores emocionais, e entendeu que seria o momento de apoiá-lo na busca por ajuda.

No primeiro contato, o Sr. P. relatou sua história de vida. Em sua narrativa, aparentemente tudo estava bem. Provinha de uma família de classe média e contou que havia sido adotado, segundo seu relato, com apenas treze dias de vida, momento a partir do qual passava a narrar sua história. Até então, dizia não se lembrar de experiências ou sentimentos conscientes ligados aos primeiros dias.

2.2 ACHADOS CLÍNICOS E LINHA DO TEMPO

Desde o primeiro encontro, foi possível perceber o quanto o Sr. P. estava aflito. Carregava no olhar uma urgência, uma necessidade de melhorar. Sentia-se preso a uma dor que nem sabia nomear, uma

⁷ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

sensação que o acompanhava havia tempos e que o fazia se questionar constantemente sobre si mesmo. Sabia que era uma boa pessoa, mas ainda assim restavam muitos "porquês" sem resposta. Buscou a terapia com vontade genuína de mudança, porque já não suportava viver os mesmos ciclos, as recorrências de rompimento, as frustrações e a insatisfação constante que parecia estar em todas as áreas da vida.

O que mais o movia era o sofrimento por não conseguir estar bem no relacionamento com a mulher que amava. Esse mal-estar transbordava para o convívio com os filhos, o vínculo com a família e o desempenho no trabalho. Quando buscou a terapia, o Sr. P. vivia o fim de um relacionamento no qual ainda existia forte conexão e muito amor. Não conseguia aceitar o término, e essa dificuldade em deixar ir desorganizava as demais áreas da sua vida.

A situação também afetava a ex-companheira, que já não acreditava nas idas e vindas do casal, nas tentativas de recomeço que terminavam sempre no mesmo ponto de frustração. Costumava dizer: "Ele é uma pessoa boa. Um excelente marido. Um bom pai. Um bom filho. Mas tem algo nele que precisa ser tratado."

Dizia isso sem mágoa, mas com clareza. Entendia que o relacionamento não estava dando certo e que, mesmo existindo amor, não poderia mais permanecer em um ciclo de sofrimento. Foi nesse contexto de término, e também de possibilidade, que o Sr. P. chegou à terapia. Estava, naquele momento, morando novamente com os pais, com o desejo sincero de entender o que, dentro dele, o fazia repetir os mesmos padrões e perder aquilo que mais amava. O processo transcorreu ao longo de aproximadamente dois meses, entre a primeira sessão presencial, o acompanhamento on-line e o retorno presencial, encerrando-se apenas depois de o cliente relatar a estabilização das mudanças.

2.3 TRATAMENTOS ANTERIORES

Durante a anamnese, o Sr. P. relatou que já havia buscado outros tipos de terapia ao longo da vida. Era também um homem dedicado à leitura e ao estudo sobre mentalidade, sempre em busca de melhorar aquilo que sabia precisar, embora não soubesse ao certo o quê. Dizia que essas experiências até o faziam se sentir bem por um tempo e traziam alívio momentâneo, mas nenhuma delas tocava o que ele carregava dentro de si. Era como se algo permanecesse intacto, um nó cuja origem ele não sabia explicar.

Na consulta de avaliação, compartilhou de forma sincera que sentia existir dentro dele uma força intensa e descontrolada, que às vezes parecia tomar o comando de suas ações, deixando-o impulsivo, reativo e, em alguns momentos, agressivo. Reconhecia-se marido presente e filho dedicado, mas ainda assim agia contra o que realmente queria viver. Descreveu então um padrão que o acompanhava em todos os relacionamentos, a necessidade de terminar, de provocar rupturas. Não entendia o motivo, mas percebia que ele mesmo criava as situações que o levavam a ser deixado, sem se dar conta disso. Esse

reconhecimento, por mais doloroso que fosse, foi um primeiro passo importante do processo, o de olhar para a repetição como um pedido interno de ajuda, em vez de um castigo.

2.4 O DISCURSO COMO ORGANIZAÇÃO DA DOR

No início, o Sr. P. trazia uma narrativa bem estruturada, na qual falava dos relacionamentos que não davam certo, do esforço que fazia e, ainda assim, de acabar sendo deixado. Era a forma dele de organizar a própria dor pela lógica, o que a TRI descreve como narrativa coerente, o discurso racional e socialmente aceitável que dá sentido ao que se sente e, muitas vezes, funciona como esquiva.

À medida que o processo avançou, ele percebeu que essa narrativa era apenas uma superfície, uma tentativa de justificar aquilo que não se resolvia com explicações. Por trás da história contada estava o padrão que sustentava o comportamento evitativo condicionado, que não cedia a palavras e pedia o contato com a experiência corporal presente. Com o acompanhamento da terapeuta, o Sr. P. compreendeu, com clareza e emoção, que a sua narrativa era uma forma de sobrevivência, uma construção que o protegia mais do que o descrevia. Foi quando deixou de justificar e passou a permanecer no que sentia que se tornou possível trabalhar o padrão que sustentava esse comportamento. No paradigma da TRI, o ser humano é visto como um mamífero especial, um sistema autopoietico que opera de forma mnemônica e semiótica (KRAISCH, 2026), capaz de criar e sustentar narrativas coerentes para lidar com suas experiências, muitas vezes elaboradas e testadas em consultórios de diversos profissionais.

2.5 REATIVIDADE E LÓGICA DE SOBREVIVÊNCIA

O conceito de cérebro amoral⁸ (KRAISCH, 2026) mostra que o sistema nervoso não traz, como algo inato, a distinção entre verdadeiro e falso ou entre certo e errado, pois essas são convenções morais e sociais construídas ao longo do tempo, do território e do contexto. O encéfalo registra apenas o que lhe parece necessário para se preservar, e por isso pode manter comportamentos que geram dor. No caso do Sr. P., ao longo da vida ele aprendeu, de forma implícita, que se defender era uma questão de sobrevivência, e seu sistema passou a associar defesa a reação agressiva. Como um aprendizado condicionado não se isola numa parte do funcionamento nem fica adormecido à espera de uma situação específica, essa associação entre defesa e agressividade passou a operar de modo amplo e automático, moldando como ele percebia e respondia nas relações afetivas. Diante de qualquer sinal de ameaça, tendia a atacar ou a se afastar, para não ser machucado outra vez.

Com isso, ele acabava, sem perceber, criando as condições para ser deixado. Quando isso acontecia, a resposta do sistema era novamente a agressividade, em palavras, atitudes ou distanciamento. Na

⁸ O termo cérebro amoral é empregado na TRI em sentido metafórico, como nome do princípio. Do ponto de vista neurocientífico, a estrutura envolvida é o encéfalo, que compreende toda a massa contida na caixa craniana, mais abrangente que o cérebro.

perspectiva da TRI, isso é compreendido como comportamento condicionado a serviço da preservação. O processo terapêutico atua exatamente aí, ajudando o sistema nervoso a reaprender que hoje já não é necessário reagir daquela maneira e que é seguro sentir e se relacionar de outro modo, porque o encéfalo adulto conserva a capacidade de reorganizar respostas aprendidas com a experiência (BENNETT; KIRBY; FINNERTY, 2018), e associações ligadas à ameaça podem ser atualizadas por nova aprendizagem (LEVY; SCHILLER, 2021).

Quando chegou à terapia, além das reações de agressividade em algumas situações, o Sr. P. trazia uma tristeza marcante pelo rompimento e incertezas sobre si mesmo e sobre o motivo de tudo terminar sempre da mesma forma. Havia uma sensação silenciosa de fracasso que o deixava dividido entre o desejo de melhorar e a dificuldade de compreender a própria repetição. Durante a sessão, mostrava-se levemente ansioso e falava com cautela, mas com vontade de ser compreendido. Ainda que sorrisse em alguns momentos, era possível perceber, por trás da expressão tranquila, um apelo por ajuda: "Eu preciso de ajuda. Eu sei que sou uma boa pessoa, mas onde é que estou errando?"

3 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

O processo terapêutico do Sr. P. foi conduzido com base nos princípios da TRI, abordagem que orienta a reorganização dos processos adaptativos em conflito a partir da própria experiência do cliente. Desde o início, ficou evidente sua percepção de que algo não estava bem e de que os padrões que o acompanhavam já não faziam sentido. Mais do que atender à indicação, ele buscava mudança, porque sentia que uma força interna o aprisionava em ciclos repetitivos de sofrimento.

O trabalho se apoia na interocepção, a percepção dos estados internos do corpo, como tensão, respiração e desconforto (KHALSA et al., 2018; TAN et al., 2022). É a via pela qual a atenção do cliente sai da narrativa, do discurso racional com que ele justifica o que sente, e se volta para aquilo que realmente dói e incomoda no corpo, no presente. O terapeuta desloca a atenção do relato para a experiência corporal, sem induzir um estado, e ajuda o sistema nervoso a sair do estado de alerta, num ambiente preparado para isso, com poltrona reclinável, luz suave e silêncio, em que apenas ele e a terapeuta existem naquele momento.

No mesmo movimento, entra a imagética, que não é visualização criativa, e sim a evocação de imagens e lembranças associadas de modo automático ao estado afetivo, capaz de ativar áreas encefálicas e de evocar respostas emocionais mais intensas do que a representação verbal (HOLMES; MATHEWS, 2010). Um estudo de neuroimagem funcional indica que a imagética mental, combinada a foco atencional e respiração, se associa à ativação de regiões pré-frontais ligadas à atenção e ao controle executivo (LI et al., 2024), enquanto a ínsula e o córtex cingulado anterior participam do processamento interoceptivo (TAN et al., 2022). Isso é coerente com o uso da interocepção como via de acesso ao que está ativo no presente.

Na TRI, imagética, triangulação e catarse reintegrativa não são etapas sucessivas, mas movimentos simultâneos e entrelaçados do processo mediativo, o nono princípio da abordagem (KRAISCH, 2026), separados aqui apenas por clareza didática. A imagética amplia a consciência interoceptiva, a triangulação é o arranjo funcional entre terapeuta, cliente e a representação que emergiu, e a catarse reintegrativa consiste em pôr em palavras, de forma lógica e estruturada, o que estava implícito, sem qualquer sentido de descarga emocional.

Nesse ponto da sessão, a terapeuta propõe ao cliente que dê forma à sensação desconfortável, perguntando:

"Se essa sensação, sem forçar ou pensar demais, fosse um ser humano, quem seria?"

A reação do cliente ocorre de imediato, no corpo. O Sr. P. retraiu as mãos, o rosto se contraiu, o choro surgiu e a postura se encolheu, sinais de grande aflição diante dessa representação, o que tornou perceptível, com segurança, o padrão ativo. Inicialmente, ele relutou. Com o acolhimento e a condução da terapeuta, a imagem que emergiu foi a figura de sua mãe biológica. A terapeuta esclareceu tratar-se de uma representação, uma resposta automatizada do condicionamento associada ao desconforto atual e ativa no presente.

Ao permanecer diante dessa imagem, o cliente reagiu intensamente. O grito veio acompanhado da pergunta que, pela primeira vez, punha em palavras o que permanecia implícito havia 38 anos, "Por que me abandonou?", momento em que a catarse reintegrativa se fez presente. O quinto princípio da TRI, o sacrifício por amor aos iguais (KRAISCH, 2026), ajuda a compreender o que estava em jogo, pois o vínculo, ao mesmo tempo doloroso e necessário, levava o cliente a repetir, sem perceber, as situações que reeditavam a experiência de rejeição. No paradigma da TRI, o foco recai sobre o padrão afetivo e comportamental ativo no presente, e não sobre o evento em si.

Logo após o grito e a pergunta, o corpo do cliente começou a mostrar sinais de calma. Novas associações emergiram, situações da infância em que perdia pessoas, episódios em que provocava rupturas e relações na adolescência em que repetia essa dinâmica, e ficou evidente como, sem que ele notasse, muitas passagens da vida seguiam o mesmo padrão de buscar ou provocar o rompimento. Ao chegar à terapia, a narrativa coerente parecia sólida, pois, questionado sobre ser adotivo, ele afirmava com segurança não haver impacto algum. Um terapeuta não familiarizado com a TRI poderia aceitar essa fala como verdadeira, mas, no processo, ficou claro que ela não refletia o padrão que sustentava o comportamento evitativo condicionado, justamente o ponto a trabalhar para a reorganização.

A psicoeducação, que na TRI atravessa todo o processo e não é uma etapa final, ganha relevo nesse momento. A terapeuta conduz o cliente a compreender o "para que" de suas respostas, isto é, a função que o padrão cumpria, e a reconhecer que, a partir dali, pode responder de outro modo. O trabalho passa a enfatizar a compreensão e a reeducação, ajudando o cliente a perceber que a figura materna, tomada como

representação, já não corresponde ao desconforto atual, o que lhe permite assumir a responsabilidade emocional pela própria vida. O foco deixa de ser a mãe em si e passa ao significado que ele aprendeu a atribuir à perda, e é esse aprendizado que se torna o alvo do trabalho.

O cliente é, então, convidado a reconhecer que, sendo hoje adulto, pode assumir a própria vida e já não precisa repetir os comportamentos que o levavam a reviver a perda. Essa é uma das bases da TRI (KRAISCH, 2026). As respostas aprendidas ao longo da vida não são fixas, e é nesse espaço, e não numa simples decisão de vontade, que o trabalho terapêutico atua, ajudando o cliente a assumir a própria história e a deixar de usar a dor como justificativa.

4 RESULTADOS E DESFECHO

Ao longo do processo, o próprio cliente passou a associar o padrão de rompimento que se repetia em suas relações ao modo como havia organizado, desde cedo, sua narrativa sobre ter sido entregue para adoção aos treze dias de vida. Na TRI, esse episódio entra apenas como parte da narrativa do cliente, e o trabalho se dirige ao padrão afetivo e comportamental que seguia ativo no presente, a repetição, sem que ele percebesse, de situações que reeditavam a experiência de rejeição. Segundo o relato do cliente, a figura feminina passara a ser por ele associada à dor da perda, o que o levava a provocar, sem notar, situações que confirmavam essa expectativa.

Nesse ponto, ganha força a reeducação (KRAISCH, 2026), que, como a psicoeducação, atravessa todo o processo. A terapeuta conduz o cliente a compreender que, ao longo da vida, ele aprendeu a sentir, pensar e agir de formas que faziam sentido para sua adaptação em determinado momento, mas que já não servem à vida adulta. O cliente percebe que suas antigas maneiras de reagir e de interpretar o mundo não são mais eficazes e reconhece o desejo genuíno de romper com o padrão repetitivo. A reeducação mostra que ele pode assumir a própria vida, fazer novas escolhas e reduzir o conflito entre os processos adaptativos, em que a busca por mudança convivia com a permanência dos antigos aprendizados.

No caso do Sr. P., a associação entre o feminino e a dor da perda estava fortemente estabelecida. Ao longo das primeiras semanas, ele relatou transformações significativas. Ao reencontrar a ex-companheira, não reagiu com a agressividade de antes e conseguiu manter uma conversa tranquila e empática, porque já havia acolhido o próprio sofrimento e compreendido que não precisava se defender pela hostilidade. Passou também a se relacionar melhor com a mãe adotiva, por quem sente amor e gratidão, e com a filha, construindo uma nova forma de se conectar com o feminino, com mais respeito, abertura e segurança.

A mudança foi expressiva para o cliente, que por 38 anos vinha repetindo o mesmo padrão, e alcançou também as pessoas ao seu redor, a mãe adotiva, a filha e a ex-companheira, que passaram a conviver com um homem menos reativo. Após o processo, o Sr. P. passou a se observar com mais atenção e responsabilidade e, embora já se interessasse por autoconhecimento, tornou-se ainda mais comprometido

com o próprio desenvolvimento. Os efeitos se refletiram em diferentes áreas da vida, com relações mais leves e maduras e uma atuação profissional com mais foco e estabilidade. Em suas palavras à terapeuta que conduziu o processo:

"Após a TRI, eu sou outro homem."

Em poucas semanas, o cliente pôde assumir a própria vida e experimentar uma transformação consistente. A TRI é estruturada para ser finita, com início, meio e fim definidos, e por isso se caracteriza como uma terapia breve e focada. No caso do Sr. P., os resultados observados ao longo dos atendimentos apontam nessa direção, ainda que se trate de um relato de caso ilustrativo, cujo alcance é discutido a seguir.

5 DISCUSSÃO

O caso ilustra como a TRI busca favorecer a reorganização dos processos adaptativos em quadros de dependência emocional associados ao abandono. A hipótese clínica, no enquadre da abordagem, é a de que o cisalhamento afetivo, tensão entre processos adaptativos incompatíveis, mantinha o comportamento evitativo condicionado, do qual decorria o sofrimento, uma vez que a necessidade de vínculo convivía com a antecipação da perda, e o cliente, sem perceber, provocava as rupturas que temia. Ao priorizar a interocepção e o processo mediativo, o trabalho terapêutico procurou reduzir esse cisalhamento, reorganizando as forças em conflito, o que se refletiu em respostas menos reativas e em relações mais estáveis. O quinto princípio, o sacrifício por amor aos iguais, e o princípio de que o corpo é o palco ajudam a compreender, respectivamente, a força do pertencimento na organização do padrão e o modo como as respostas corporais, além do discurso, sinalizaram o que estava ativo.

Os mecanismos neurobiológicos mencionados na descrição da intervenção, como a participação da ínsula e do córtex cingulado anterior no processamento interoceptivo (TAN et al., 2022) e a ativação de regiões pré-frontais associada à imagética e ao foco atencional (LI et al., 2024), são descritos na literatura de neurociência. Contudo, isso diz respeito aos componentes isolados e não constitui, por si, validação empírica da TRI como abordagem integrada.

Os resultados devem ser lidos com cautela, considerando as limitações do relato. Trata-se de um caso único, de natureza ilustrativa e composta, sem grupo de comparação e sem instrumentos psicométricos padronizados. Os desfechos baseiam-se no relato do cliente e na observação clínica, sujeitos a viés, e não houve seguimento sistemático de médio e longo prazo. Além disso, a TRI ainda não dispõe de estudos controlados publicados em periódicos indexados, de modo que este relato tem caráter exploratório e gerador de hipóteses, sem autorizar inferências sobre eficácia geral. A TRI também não se coloca como o único caminho terapêutico possível, coexistindo com outras abordagens que podem auxiliar o cliente em seu processo.

6 CONCLUSÃO

O presente relato de caso ilustrou como a TRI pode favorecer a reorganização dos processos adaptativos em um quadro de dependência emocional relacionado ao abandono. No enquadre da abordagem, priorizou-se a interocepção e o processo mediativo, com imagética, triangulação e catarse reintegrativa, reduzindo o cisalhamento afetivo que sustentava comportamentos de evitação e repetição. Os resultados observados sugerem que a TRI pode constituir uma alternativa clínica breve e focada, com mudanças em curto prazo neste caso específico.

Reconhece-se, ao mesmo tempo, a importância de novas pesquisas que ampliem a base de evidências e explorem a aplicabilidade da TRI em diferentes contextos clínicos, com desenhos que incluam instrumentos padronizados e seguimento. Este relato representa uma etapa inicial de um campo em construção e aponta o potencial da TRI como contribuição terapêutica, sem pretensão de exclusividade nem de validação definitiva, com a ressalva de que se trata de um relato ilustrativo cujos resultados precisam ser confirmados por investigações futuras.

REFERÊNCIAS

- BENNETT, S. H.; KIRBY, A. J.; FINNERTY, G. T. Rewiring the connectome: evidence and effects. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 88, p. 51-62, 2018. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.03.001.
- GAGNIER, J. J.; KIENLE, G.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D.; SOX, H.; RILEY, D. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 53, n. 10, p. 1541-1547, 2013. DOI: 10.1111/head.12246.
- GUAN, C.; WANG, J.; ZHANG, L.; XU, Z.; ZHANG, Y.; JIANG, B. A longitudinal network analysis of the relationship between love addiction, insecure attachment patterns, and interpersonal dependence. **BMC Psychology**, v. 13, n. 1, art. 330, 2025. DOI: 10.1186/s40359-025-02605-3.
- HOLMES, E. A.; MATHEWS, A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 3, p. 349-362, 2010. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.01.001.
- IBRAGIM, A.; ISSATAYEVA, B.; KUANZHANOVA, K.; MANDYKAYEVA, A.; MAMBETALINA, A. Psychological rehabilitation of individuals with alcohol use disorder, drug addiction, gambling disorder, and codependency. **Acta Psychologica**, v. 257, art. 105052, 2025. DOI: 10.1016/j.actpsy.2025.105052.
- KANE, F. A.; BORNSTEIN, R. F. Does interpersonal dependency affect therapeutic outcome? A meta-analytic review. **Personality and Mental Health**, v. 13, n. 4, p. 215-229, 2019. DOI: 10.1002/pmh.1463.
- KHALSA, S. S. et al. Interoception and mental health: a roadmap. **Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging**, v. 3, n. 6, p. 501-513, 2018. DOI: 10.1016/j.bpsc.2017.12.004.
- KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

- LAZZARELLI, A.; SCAFUTO, F.; CRESCENTINI, C.; MATIZ, A.; ORRÙ, G.; CIACCHINI, R.; ALFÌ, G.; GEMIGNANI, A.; CONVERSANO, C. Interoceptive ability and emotion regulation in mind-body interventions: an integrative review. **Behavioral Sciences**, v. 14, n. 11, art. 1107, 2024. DOI: 10.3390/bs14111107.
- LEMOS, M.; VÁSQUEZ, A. M.; ROMÁN-CALDERÓN, J. P. Potential therapeutic targets in people with emotional dependency. **International Journal of Psychological Research**, v. 12, n. 1, p. 18-27, 2019. DOI: 10.21500/20112084.3627.
- LEVY, I.; SCHILLER, D. Neural computations of threat. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 25, n. 2, p. 151-171, 2021. DOI: 10.1016/j.tics.2020.11.007.
- LI, X.; ZHOU, Y.; ZHANG, C.; WANG, H.; WANG, X. Neural correlates of breath work, mental imagery of yoga postures, and meditation in yoga practitioners: a functional near-infrared spectroscopy study. **Frontiers in Neuroscience**, v. 18, art. 1322071, 2024. DOI: 10.3389/fnins.2024.1322071.
- TAN, Y.; YAN, R.; GAO, Y.; ZHANG, M.; NORTHOFF, G. Spatial-topographic nestedness of interoceptive regions within the networks of decision making and emotion regulation: combining ALE meta-analysis and MACM analysis. **NeuroImage**, v. 260, art. 119500, 2022. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2022.119500.

CAPÍTULO 8

TRANSTORNO POR USO DE ESTIMULANTES TRATADO COM TERAPIA DE REINTEGRAÇÃO IMPLÍCITA (TRI): RELATO DE CASO CLÍNICO

STIMULANT USE DISORDER TREATED WITH IMPLICIT REINTEGRATION THERAPY (IRT): A CLINICAL CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral712026-007>

Sandro Hideo Saito

Terapeuta TRI. Foz do Iguaçu - PR

E-mail: saitosandro@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0748-2743>

RESUMO

O transtorno por uso de estimulantes é uma condição crônica e recidivante, caracterizada por compulsão, recaídas frequentes e comprometimento progressivo da vida familiar, social e profissional. Não há medicamento aprovado para essa indicação, e seu manejo permanece multidisciplinar, com resultados muitas vezes limitados mesmo após internação e tratamentos estruturados. Este relato de caso clínico descreve o atendimento de um homem de 43 anos com transtorno por uso de estimulantes (cocaína) pela Terapia de Reintegração Implícita (TRI). No processo terapêutico, trabalhou-se a redução do cisalhamento afetivo que sustentava o comportamento evitativo condicionado, ligado a sentimentos de raiva e culpa desenvolvidos na convivência familiar ao longo da infância e da adolescência, em um contexto de vulnerabilidade social associado ao uso da cocaína. Após o tratamento, o cliente relatou redução progressiva da compulsão e do desejo pela substância, além de regularização do sono e da alimentação, retomada da atividade física e reaproximação dos vínculos familiares. Sob orientação médica, descontinuou o escitalopram e, após 90 dias, mantinha-se sem uso da substância e emocionalmente estável. O caso sugere que a TRI pode favorecer, em curto prazo, mudanças clínicas relevantes no manejo do comportamento associado ao uso de cocaína. Por se tratar de caso único, os achados têm caráter exploratório e função de gerar hipóteses, e não permitem concluir que a TRI trate o transtorno por uso de estimulantes.

Palavras-chave: Cocaína; Interocepção; Terapia de Reintegração Implícita.

ABSTRACT

Stimulant use disorder is a chronic and relapsing condition, marked by compulsion, frequent relapses, and progressive impairment of family, social, and occupational life. There is no approved medication for this indication, and its management remains multidisciplinary, with results that are often limited even after hospitalization and structured treatments. This clinical case report describes the treatment of a 43-year-old

man with stimulant use disorder (cocaine) through Implicit Reintegration Therapy (TRI). During the therapeutic process, the work focused on reducing the affective shear that sustained the conditioned avoidant behavior, linked to feelings of anger and guilt developed within the family relationship throughout childhood and adolescence, in a context of social vulnerability associated with cocaine use. After treatment, the client reported a progressive reduction in compulsion and craving for the substance, along with regularization of sleep and eating, a return to physical activity, and renewed family bonds. Under medical guidance, he discontinued escitalopram and, after 90 days, remained free of substance use and emotionally stable. The case suggests that IRT may favor, in the short term, clinically relevant changes in the management of the behavior associated with cocaine use. As a single case, the findings are exploratory and hypothesis-generating, and do not allow the conclusion that IRT treats stimulant use disorder.

Keywords: Cocaine; Implicit Reintegration Therapy; Interoception.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno por uso de estimulantes caracteriza-se pela persistência do consumo apesar de prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, e reúne critérios como uso compulsivo, tolerância, sintomas de abstinência, desejo intenso pela substância, negligência de responsabilidades e continuidade do uso diante de consequências adversas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A cocaína está entre os estimulantes mais associados a esse quadro, e seu uso continuado tende a estreitar progressivamente a vida da pessoa em torno da obtenção e do consumo da droga.

No Brasil, o consumo tem magnitude expressiva. O III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas estimou que 6,6% da população de 14 anos ou mais já usou cocaína ou crack ao menos uma vez na vida, cerca de 11,4 milhões de pessoas, e que 2,2% fizeram uso no último ano, com prevalências mais altas entre homens e na faixa dos 25 aos 49 anos (UNIFESP, 2025). A carga da doença acompanha esse padrão. O país está entre os de maior peso mundial do transtorno por uso de cocaína, e a prevalência padronizada por idade em 2019 foi 2,7 vezes maior em homens do que em mulheres, em elevação desde 1990 (CREPALDE et al., 2022). Estimativas para a América do Sul situam o Brasil com a maior carga regional do transtorno, também mais intensa no sexo masculino (CASTALDELLI-MAIA et al., 2023).

O uso repetido de cocaína atua sobre o sistema de recompensa, rede que regula a motivação e a aprendizagem orientada por reforço e da qual participam estruturas como a área tegmental ventral, o núcleo accumbens e o córtex pré-frontal medial (BERRIDGE; ROBINSON, 1998; KOOB; VOLKOW, 2016). A substância prolonga a permanência da dopamina no espaço extracelular ao bloquear sua recaptação e amplia sua liberação, o que ajuda a explicar o impacto acentuado sobre a motivação (VENTON et al., 2006). Com o tempo, o funcionamento executivo do córtex pré-frontal, de que dependem o controle inibitório e a

avaliação de consequências, fica comprometido (GOLDSTEIN; VOLKOW, 2011), e a rede de saliência, de que participam a porção anterior da ínsula e o córtex cingulado anterior, passa a privilegiar os sinais associados à droga (SCHIMMELPFENNIG et al., 2023). Forma-se um sistema que orienta a atenção e a ação para o consumo mesmo quando a pessoa reconhece o prejuízo, o que ajuda a entender por que a decisão consciente de parar, tomada isoladamente, costuma não bastar.

A dependência, porém, envolve mais do que um circuito de recompensa. O sistema nervoso humano evoluiu para operar em grupo, e a necessidade de pertencer tem efeitos diretos sobre a regulação do estresse e do comportamento (DUNBAR, 2009; SLAVICH, 2020). Ao longo da vida, o convívio familiar e social molda respostas automáticas de aproximação e evitação, e a percepção de segurança ou de ameaça no vínculo orienta continuamente o modo como a pessoa reage. Quando esses aprendizados sociais e afetivos entram em tensão, o desconforto resultante é percebido no corpo, e comportamentos de escape, entre eles o uso de substâncias, podem se firmar como forma de alívio imediato. A vulnerabilidade social e o peso das relações familiares integram, assim, o terreno em que o comportamento de uso se organiza.

Em quadros de uso prolongado, as tentativas sucessivas de interrupção que fracassam podem consolidar uma postura de passividade diante do próprio sofrimento. Esse estado se aproxima, sem coincidir, do que Seligman descreveu como desamparo aprendido (SELIGMAN, 1975). Formulações contemporâneas revisaram a ideia original e sustentam que a passividade diante de eventos aversivos prolongados é uma resposta primária, e que o que se aprende é o controle, processo de que participa o córtex pré-frontal medial ao detectar a possibilidade de agir sobre a situação (MAIER; SELIGMAN, 2016). Essa distinção tem valor clínico, pois desloca o foco da eliminação do desamparo para a retomada de um senso de controle, direção compatível com a proposta da TRI.

O tratamento do transtorno por uso de cocaína permanece um desafio. Não há medicamento aprovado especificamente para essa indicação (SCHWARTZ et al., 2022), e a terapia cognitivo-comportamental, a abordagem mais difundida, mostra utilidade na identificação de gatilhos e no manejo comportamental, ainda que com alcance limitado e efeitos que tendem a diminuir em parte dos pacientes, sobretudo naqueles com histórico prolongado de consumo (CARROLL; ONKEN, 2005; LÓPEZ et al., 2021; PETITJEAN et al., 2014). Esse contexto justifica o interesse por abordagens que considerem, além dos componentes cognitivos e comportamentais, os processos afetivos e corporais que participam do ciclo de recaídas.

A TRI situa-se nesse espaço. É uma psicoterapia breve que compreende o sofrimento como parte de processos adaptativos formados ao longo da vida e que desloca a atenção do discurso para a experiência corporal presente, a fim de reorganizar esses processos e reduzir o cisalhamento afetivo que sustenta o comportamento evitativo condicionado (KRAISCH, 2026). Na ausência de ensaios clínicos que avaliem a TRI no transtorno por uso de estimulantes, o relato de caso é útil para descrever o processo, ilustrar seus

princípios na prática e explorar efeitos clínicos observados em situação concreta. Apresenta-se, a seguir, um caso em que a TRI foi utilizada como intervenção breve em um homem com histórico de recaídas e dificuldade de manter a abstinência.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Sr. D.⁹ é um homem de 43 anos, vendedor em uma loja de materiais de construção. Ainda que adulto, buscou atendimento acompanhado da mãe, em razão de dificuldades persistentes de autocontrole que o impediam de gerir dinheiro, conduzir veículos ou manter autonomia financeira. Sempre que dispunha desses recursos, adquiria cocaína e ausentava-se por um a três dias, com repercussões nas esferas pessoal, financeira, profissional e familiar. A empresa precisou ser informada de sua condição, pois as faltas reiteradas ameaçavam o emprego, e, como medida de contenção, ele próprio solicitou que o salário fosse depositado na conta da mãe.

O uso começou na adolescência, aos 17 anos, por curiosidade, sob a crença de que poderia ser interrompido a qualquer momento. Intensificou-se por volta dos 20 anos, período que o cliente associa à separação dos pais, que, segundo ele, seguiram morando na mesma casa por razões da empresa familiar. Nos últimos três anos, o consumo firmou-se como diário e contínuo, com prejuízos graves e disseminados em todas as áreas da vida.

Com o tempo, os pais passaram a tratá-lo como se ainda fosse adolescente. A confiança da família diminuiu a cada recaída, marcada pela apropriação indevida de carros e motocicletas ou pela venda de bens pessoais para comprar a droga. O cliente formulava promessas de mudança que não conseguia cumprir, e as mentiras, no início pequenas, tornaram-se cotidianas e minaram sua credibilidade, aprofundando o rompimento dos laços familiares. Ao procurar atendimento, reconhecia querer parar, mas descrevia a força do impulso em seus próprios termos, dizendo sentir "uma força interna, como se fosse uma voz, dizendo para fazer o contrário, usar a cocaína". Relatava ainda desesperança persistente e dificuldade de manter atividades básicas do dia a dia, e vinha em uso de escitalopram havia cerca de um ano e meio.

Antes da TRI, a família já havia tentado outras medidas. A primeira foi mantê-lo isolado na casa dos pais, para avaliar a possibilidade de interromper o consumo, sem progresso. Seguiu-se a internação em clínica especializada em dependência química, com protocolo multidisciplinar que incluiu acompanhamento psiquiátrico e prescrição de medicação quando indicada, terapia cognitivo-comportamental, terapia ocupacional e grupos de apoio para pacientes e familiares. Durante a internação, a rotina estruturada e o afastamento dos estressores levaram o cliente a convencer-se de recuperação plena,

⁹ Relato de caso composto: os elementos clínicos descritos provêm de múltiplos atendimentos reais com apresentação semelhante, reunidos em uma narrativa única para impedir a identificação dos clientes. O nome é fictício e as falas atribuídas ao cliente são reconstruções.

e, após dois meses, ele persuadiu os pais e a esposa a autorizarem a alta. Manteve abstinência por duas semanas. A recaída seguinte levou a esposa a encerrar o relacionamento, afastar-se com a filha e obter restrição judicial de contato, o que agravou a imagem que o cliente tinha de si mesmo, sobretudo como marido e pai. De volta à casa dos pais, não sustentava períodos prolongados de abstinência, e suas condições de vida pioravam de forma progressiva.

Movido pelo desejo de parar que ele próprio reconhecia, e sem conseguir manter a abstinência após essas tentativas, o cliente iniciou o trabalho em Terapia de Reintegração Implícita, descrito a seguir.

3 INTERVENÇÃO

O processo terapêutico da TRI compreende uma avaliação inicial, ou entrevista, a sessão de terapia, que pode ocorrer em outro momento, e consultas posteriores de acompanhamento, ou retorno. Todas se orientam pela leitura neurobiológica do funcionamento humano, e o terapeuta toma os dez princípios do Decálogo como norteador teórico, sem aplicá-los como protocolo fixo.

Já na entrevista, o cliente trazia, de forma coesa, o que a TRI descreve como narrativa coerente, seu segundo princípio. Trata-se da explicação racional e socialmente aceitável que a pessoa constrói para o próprio sofrimento, em geral buscando causas, culpados ou vítimas, na suposição comum de que todo problema tem uma origem única e identificável (KRAISCH, 2026). A TRI reconhece que essa narrativa organiza a experiência e a torna comunicável, ao mesmo tempo em que opera como esquiva, pois mantém a atenção do cliente no registro verbal e afastada do estado corporal desconfortável ligado ao comportamento evitativo.

Por isso, o foco da TRI recai sobre a interocepção, a percepção dos estados do corpo. A ínsula participa da leitura e da antecipação desses estados, num processo de natureza preditiva (LIVNEH; ANDERMANN, 2021), com a rede de saliência, de que participam a porção anterior da ínsula e o córtex cingulado anterior, contribuindo para a detecção dos sinais internos relevantes (MENON; UDDIN, 2010; SEELEY et al., 2007). No transtorno por uso de substâncias, esse processamento interoceptivo encontra-se alterado e participa da fissura, da regulação emocional e da tomada de decisão (PAULUS, 2025).

Na sessão, o terapeuta empregou técnicas de interocepção para conduzir a atenção do cliente ao corpo e observar as respostas somáticas e interoceptivas diante de estímulos dirigidos, apoiados no que ele havia trazido na avaliação. O recurso central foi a imagética. Ela não consiste em imaginar livremente, mas em direcionar imagens e lembranças que ativam circuitos semelhantes aos de uma experiência real, o que confere às respostas evocadas um impacto maior que o da análise apenas verbal (PEARSON, 2019). Com o cliente em poltrona reclinável, e a partir da sensação torácica que ele relatava anteceder o impulso de usar, o terapeuta perguntou: "Sr. D., este desconforto físico que percebe agora, localizado na região torácica,

e que diz ser semelhante ao que sente em alguns momentos que antecedem o impulso compulsivo pela substância, se essa sensação fosse uma pessoa, sem forçar demais, quem seria?".

Nesse mesmo movimento, o terapeuta conduziu a triangulação, o trabalho de conversar, analisar e formular perguntas junto com o cliente sobre o que emergia. Observaram-se contração das mãos e lágrimas, e o cliente identificou de imediato a imagem do próprio pai, com surpresa, pois dizia não ter ressentimentos dele. Terapeuta e cliente examinaram essa e outras respostas como respostas automáticas, condicionadas pela experiência ao longo da vida (SALET; KRUIJNE; VAN RIJN, 2021), o que facilita a compreensão do que sustenta o comportamento. Ao sustentar o contato com essa sensação, em vez de se afastar dela, o cliente foi se tornando menos reativo ao desconforto que a evitação repetida havia tornado cada vez mais intenso. É essa dessensibilização, conduzida pela imagética e pela triangulação e organizada na catarse, que a TRI promove ao longo do processo.

Durante o processo, o terapeuta orientou o cliente a colocar em palavras o que até então operava de modo implícito, no comportamento e na memória implícita. É a catarse reintegrativa na TRI, tomada em seu sentido técnico de organizar verbalmente a experiência, sem relação com a ideia popular de descarga emocional, de gritar ou chorar. Nomear o que se sente reduz a reatividade de regiões como a amígdala, por uma via que envolve o córtex pré-frontal (LIEBERMAN et al., 2007), o que sustenta o valor clínico dessa organização. Foi assim que ganharam contorno a relação com o pai, a dor atribuída à mãe, a posição de filho preferido em relação à irmã e a separação dos pais, articuladas como parte de um mesmo processo de aprendizagem afetiva. Esse trabalho é, ao mesmo tempo, psicoeducação e reeducação, eixos pelos quais a TRI opera.

Na leitura da TRI, esse material corresponde ao quinto princípio, o Sacrifício por Amor aos Iguais. O cliente desenvolvera uma resposta comportamental ligada ao vínculo com o pai e, ao mesmo tempo, precisava manter distância do desconforto desse vínculo. Dessa tensão entre motivações incompatíveis surge o cisalhamento afetivo, que gera desconforto e movimentos de evitação, os quais, pela repetição, tornam-se condicionados (KRAISCH, 2026). Somadas a fatores individuais e à vulnerabilidade social, essas estratégias o aproximaram de ambientes e comportamentos que levaram ao uso da cocaína, a princípio recreativo. Com o tempo, o uso repetido produziu alterações neurobiológicas que caracterizam o transtorno para além do plano cognitivo e emocional. A dependência envolve prejuízo do controle inibitório e da atribuição de saliência, de modo que os sinais associados à droga passam a comandar a ação e o freio pré-frontal deixa de operar como antes (ZILVERSTAND et al., 2018; KOOB; VOLKOW, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda no curso do processo terapêutico, o cliente entrou em contato com o conflito que vinha evitando. Como descrito na sessão, ao sustentar o contato com a sensação em vez de fugir dela, o cliente foi se dessensibilizando, tornando-se menos reativo àquilo que antes precisava evitar.

As tentativas anteriores que fracassaram haviam consolidado uma postura próxima do desamparo, na qual nada do que ele fazia parecia alterar o curso do problema. Formulações contemporâneas mostram que essa passividade se sustenta enquanto a pessoa não recupera o senso de que pode agir sobre a situação (MAIER; SELIGMAN, 2016). Ao encontrar suporte para enfrentar o que evitava, o cliente pôde aprender e reelaborar com respostas mais funcionais. A TRI opera aqui como reeducação, e é esse trabalho, mais do que uma frase dita ou uma revelação sobre o passado, que reduz o cisalhamento afetivo. Foi também o que permitiu que a relação com o pai perdesse a tensão que antes a marcava, à medida que o desconforto deixou de exigir evitação.

Ao longo das sessões o cliente manteve acompanhamento psiquiátrico, em que se observaram mudanças nos estados emocionais, a ocorrência ou não de recaídas e alterações de comportamento, o que permitiu monitorar a evolução. Nesse intervalo, o cliente relatou uma única recaída pontual, de quantidade mínima e sem a compulsão anterior. A descontinuação do escitalopram, que ele usava havia cerca de um ano e meio, foi uma decisão do psiquiatra, tomada no acompanhamento médico. O terapeuta não sugeriu nem opinou sobre a medicação, por não ser competência sua interferir na conduta farmacológica.

Na segunda sessão, cerca de 30 dias depois, já se observavam novos comportamentos. O cliente havia incorporado uma rotina diária, regularizado o sono e a alimentação, retomado a atividade física e o autocuidado, e se reaproximado de familiares e amigos. Na avaliação de 90 dias, estava havia mais de 60 dias sem o medicamento, mantinha-se sem uso da substância, funcionalmente ativo e emocionalmente estável, e relatou ter recuperado a confiança da filha e dos pais, sentindo-se apto a reassumir responsabilidades, como a gestão da empresa familiar.

A TRI é uma psicoterapia breve e focal. Volta-se às questões internas difíceis que bloqueiam o desenvolvimento de novos comportamentos, sem se propor a esgotar o quadro. O alívio obtido em poucos encontros não encerra o tratamento da dependência. Ele indica que o cliente alcançou o resultado pretendido nesse recorte e, a partir daí, segue o caminho que considerar melhor, seja mantendo o acompanhamento psiquiátrico, seja recorrendo a outras abordagens. O manejo de um transtorno crônico e multifatorial permanece multidisciplinar, e a atuação da TRI se soma a ele, sem substituí-lo.

Os achados devem ser lidos com cautela. Trata-se de relato de caso único, de natureza ilustrativa, sem grupo de comparação e sem instrumentos psicométricos padronizados. A evolução apoia-se no relato retrospectivo do cliente e de familiares, sujeito a vieses de memória, e o acompanhamento limitou-se a 90 dias, sem seguimento de médio e longo prazo. A TRI ainda não conta com estudos controlados publicados

em periódicos indexados que atestem sua eficácia. Por isso, o relato tem caráter exploratório e função de gerar hipóteses, sem autorizar inferência de eficácia geral nem generalização para outros clientes e contextos.

5 CONCLUSÃO

Este relato descreveu a aplicação da TRI a um caso de transtorno por uso de estimulantes, tendo a cocaína como substância, conduzido em poucas sessões. Durante o processo, observou-se a influência de sentimentos não elaborados em relação à família, a raiva e a culpa ligadas à convivência com o pai, à dor atribuída à mãe e à posição de filho preferido diante da irmã, e o modo como esses sentimentos se firmaram em comportamentos condicionados. Foi nesse terreno, somado à vulnerabilidade do contexto, que o uso da substância se estabeleceu como uma das saídas para o desconforto.

No processo terapêutico, o cliente se permitiu entrar em contato com o que evitava por ser doloroso. Ao sustentar a sensação em vez de fugir dela, foi se dessensibilizando e reconhecendo suas respostas automáticas e a função que cumpriam no presente. Como esse é um trabalho de aprendizado, aquilo que havia sido aprendido pôde ser reelaborado. À medida que o desconforto deixou de ser tratado como ameaça, a compulsão cedeu, e o cliente retomou atividades cotidianas e consolidou comportamentos mais adaptativos.

Por se tratar de um único caso, de natureza ilustrativa, os achados são exploratórios e não autorizam a generalização. O cliente seguiu em acompanhamento psiquiátrico, e o manejo de um transtorno crônico e multifatorial permanece multidisciplinar. Estudos futuros, com delineamentos mais rigorosos e instrumentos padronizados, poderão fortalecer a base empírica da abordagem.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERRIDGE, K. C.; ROBINSON, T. E. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? **Brain Research Reviews**, v. 28, n. 3, p. 309-369, 1998. DOI: 10.1016/s0165-0173(98)00019-8.

CARROLL, K. M.; ONKEN, L. S. Behavioral therapies for drug abuse. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 8, p. 1452-1460, 2005. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.8.1452.

CASTALDELLI-MAIA, J. M. et al. Burden of disease due to amphetamines, cannabis, cocaine, and opioid use disorders in South America, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, n. 2, p. 85-97, 2023. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00339-X.

CREPALDE, R. dos S. et al. The burden of mental disorders attributable by cocaine use: Global Burden of Diseases Study in Brazil, 1990 and 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, supl. 1, e0320, 2022. DOI: 10.1590/0037-8682-0320-2021.

DUNBAR, R. I. M. The social brain hypothesis and its implications for social evolution. **Annals of Human Biology**, v. 36, n. 5, p. 562-572, 2009. DOI: 10.1080/03014460902960289.

GOLDSTEIN, R. Z.; VOLKOW, N. D. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 12, n. 11, p. 652-669, 2011. DOI: 10.1038/nrn3119.

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 8, p. 760-773, 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.

KRAISCH, R. **Manual da Formação em Terapia de Reintegração Implícita (TRI)**. 4. ed. Balneário Camboriú: Instituto Kraisch, 2026.

LIEBERMAN, M. D. et al. Putting feelings into words: affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. **Psychological Science**, v. 18, n. 5, p. 421-428, 2007. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x.

LIVNEH, Y.; ANDERMANN, M. L. Cellular activity in insular cortex across seconds to hours: sensations and predictions of bodily states. **Neuron**, v. 109, n. 22, p. 3576-3593, 2021. DOI: 10.1016/j.neuron.2021.08.036.

LÓPEZ, G. et al. A review of research-supported group treatments for drug use disorders. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 16, n. 1, p. 51, 2021. DOI: 10.1186/s13011-021-00371-0.

MAIER, S. F.; SELIGMAN, M. E. P. Learned helplessness at fifty: insights from neuroscience. **Psychological Review**, v. 123, n. 4, p. 349-367, 2016. DOI: 10.1037/rev0000033.

MENON, V.; UDDIN, L. Q. Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. **Brain Structure and Function**, v. 214, n. 5-6, p. 655-667, 2010. DOI: 10.1007/s00429-010-0262-0.

PAULUS, M. P. Interoceptive processing in substance use disorders (SUDs): from the neuroanatomy to insights from computational models and predictive coding frameworks. **Current Topics in Behavioral Neurosciences**, v. 70, p. 159-178, 2025. DOI: 10.1007/7854_2024_519.

PEARSON, J. The human imagination: the cognitive neuroscience of visual mental imagery. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 20, n. 10, p. 624-634, 2019. DOI: 10.1038/s41583-019-0202-9.

PETITJEAN, S. A. et al. A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 145, p. 94-100, 2014. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.785.

SALET, J. M.; KRUIJNE, W.; VAN RIJN, H. Implicit learning of temporal behavior in complex dynamic environments. **Psychonomic Bulletin & Review**, v. 28, n. 4, p. 1270-1280, 2021. DOI: 10.3758/s13423-020-01873-x.

SCHIMMELPFENNIG, J. et al. The role of the salience network in cognitive and affective deficits. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 17, 1133367, 2023. DOI: 10.3389/fnhum.2023.1133367.

SCHWARTZ, E. K. C. et al. Cocaine use disorder (CUD): current clinical perspectives. **Substance Abuse and Rehabilitation**, v. 13, p. 25-46, 2022. DOI: 10.2147/SAR.S337338.

SEELEY, W. W. et al. Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. **The Journal of Neuroscience**, v. 27, n. 9, p. 2349-2356, 2007. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007.

SELIGMAN, M. E. P. **Helplessness**: on depression, development, and death. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.

SLAVICH, G. M. Social safety theory: a biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 16, p. 265-295, 2020. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Terceiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD III)**: caderno temático sobre consumo de cocaína e crack na população brasileira. São Paulo: UNIFESP, 2025. Disponível em: <https://lenad.uniad.org.br/resultados/consumo-cocaina-e-crack/>. Acesso em: 19 jul. 2026.

VENTON, B. J. et al. Cocaine increases dopamine release by mobilization of a synapsin-dependent reserve pool. **The Journal of Neuroscience**, v. 26, n. 12, p. 3206-3209, 2006. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.4901-04.2006.

ZILVERSTAND, A. et al. Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review. **Neuron**, v. 98, n. 5, p. 886-903, 2018. DOI: 10.1016/j.neuron.2018.03.048.

CONCLUSÃO

QUEM SOFRE TEM PRESSA

Andrielly De Souza Dal Mas

Empresária - Lebon Régis/SC

E-mail: andrydalmas.souza@gmail.com

Cleuzeni Ribeiro Ferreira

Terapeuta - Caldas Novas/GO

E-mail: cleuzeniribeiroferreira@gmail.com

Edvaldo Ventura Delmondes

Empresário - São José de Ribamar/MA

E-mail: edvaldodelmondes.adm@gmail.com

Larisse Dos Santos Miranda

Funcionária Pública - Petrolina/PE

E-mail: larissesantosmiranda@gmail.com

Quem sofre tem pressa. Diante do desconforto, o organismo procura alívio, e procura agora. Somos mamíferos, e mamíferos não convivem bem com a dor; aprendemos cedo que certos comportamentos afastam o mal-estar num instante. Essa pressa tem uma função: é o modo como o sistema nervoso protege a si mesmo daquilo que o incomoda.

A pressa em si não é o problema. O que costuma nos prender é a forma como respondemos a ela. A saída mais rápida é quase sempre a fuga, e cada fuga bem-sucedida ensina o sistema a fugir de novo. O que começou como alívio vai, com o tempo, estreitando a vida da pessoa e criando novos sofrimentos. É o paradoxo que atravessa os casos deste livro: o atalho que promete encerrar o desconforto é o mesmo que mantém o cisalhamento afetivo no lugar.

A Terapia de Reintegração Implícita responde a essa urgência sem traí-la. É uma psicoterapia breve, de poucas sessões, voltada à remissão sintomática. Não pede que a pessoa passe anos revisitando o passado nem promete eliminar o desconforto por decreto. Seu trabalho é objetivo: ajudar a reconhecer o que se faz, para que se faz, e reorganizar processos adaptativos que operavam em conflito, de modo que o cisalhamento, e o sofrimento que dele decorre, se reduzam. A pressa de quem sofre, aqui, não é combatida; é acolhida e redirecionada.

Que uma mudança possa ser breve não a torna simples. Por trás de poucas sessões há um método que exige estudo, formação e convívio com a literatura científica. Se estes casos despertaram o desejo de entender como a TRI compreende o sofrimento e opera sobre ele, este livro cumpriu seu papel: abrir uma porta. Para quem quiser seguir adiante, o caminho começa em www.institutokraisch.com.br.

REALIZAÇÃO:

Aurum
EDITORA

CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná
www.aurumeditora.com