

ANÁLISE DE REGULAÇÃO RELACIONAL



**COMO OS VÍNCULOS
MOLDAM COMPORTAMENTOS**

OSVALDO MARCHESI JUNIOR

Índice

09	Capítulo 1 Do Sintoma ao Vínculo: O Território da Regulação Relacional
15	Capítulo 2 Emoção Não é Vínculo: Redefinindo o Alvo Clínico
21	Capítulo 3 Quando Regular Emoção Não Basta: O Mito da Autonomia Emocional
27	Capítulo 4 Apego em Ação: Como Dependência Molda Comportamentos
33	Capítulo 5 Estratégias que se Repetem: Ciclos de Regulação Relacional
39	Capítulo 6 ARR Desvendada: Fundamentos, Lógica e Estrutura
46	Capítulo 7 Mapeando Comportamentos: Padrões de Regulação Relacional em Sessão
53	Capítulo 8 O Laboratório do Vínculo: Transferência como Estratégia Relacional
59	Capítulo 9 Da Observação à Transformação: Flexibilizando Padrões de Vínculo
65	Capítulo 10 ARR no Horizonte Clínico: Integração, Ética e Perspectivas Futuras

72

Capítulo 11

ARR em Sessão: Um Guia Passo a Passo para Intervenção

79

Capítulo 12

Medindo o Vínculo: Inventário de Regulação Relacional (IRR)

Sobre o Autor

Oswaldo Marchesi Junior é psicólogo, com atuação clínica baseada na **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** e formação em **Hipnoterapia Clássica**. Realiza atendimentos psicológicos presenciais e online, oferecendo suporte terapêutico a pacientes no Brasil e no exterior.



Seu trabalho clínico abrange psicoterapia individual, terapia de casal, orientação profissional, aplicação de testes psicológicos (psicometria), hipnose clínica e assistência técnica em perícias psicológicas na Vara da Família. Ao longo de sua trajetória, desenvolveu uma prática voltada à compreensão profunda dos comportamentos humanos, sempre fundamentada na psicologia baseada em evidências.

A escolha pela Psicologia foi moldada por uma combinação singular de experiências pessoais, interesses intelectuais e um genuíno desejo de compreender a mente humana e os vínculos que estruturam a experiência subjetiva. Desde então, vem construindo sua carreira com dedicação contínua, atendendo inúmeros pacientes e integrando, de forma crítica, diferentes abordagens e conhecimentos atualizados à prática clínica.

Possui também uma longa vivência no meio corporativo, experiência que amplia sua compreensão sobre questões relacionadas ao trabalho, carreira, desempenho, identidade profissional e desafios contemporâneos. Essa trajetória permite uma escuta clínica mais abrangente e sensível às demandas do mundo atual.

É formado em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP), e pós-graduando em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e em Neuropsicologia pela Faculdade

Metropolitana. Além disso, é Master em Hipnose Clínica, com certificação nacional pela Universidade Brasileira de Hipnose e certificação internacional pela Hypnosis Academy Training Corp.

É autor do livro Terapia Cognitivo-Comportamental sem Mistério e fundador da clínica NeuroFlux Psicologia Direcionada, criada com a missão de oferecer serviços psicológicos de excelência, pautados pela ética, pelo acolhimento e pela promoção do desenvolvimento humano. A NeuroFlux também se destaca por seu compromisso com a psicoeducação, disponibilizando um acervo com mais de 500 artigos sobre saúde mental, TCC e desenvolvimento pessoal, ampliando o acesso à informação de qualidade e baseada em evidências.

Acredita profundamente na importância do cuidado com a saúde mental de forma responsável, respeitosa e tecnicamente consistente. Sua missão clínica é proporcionar um espaço seguro de autoconhecimento, auxiliando pessoas a compreenderem e transformarem padrões de funcionamento, desenvolverem novas habilidades e construir uma vida mais alinhada a seus valores.

Apaixonado pelo estudo contínuo e pelo aprimoramento profissional, busca constantemente intervenções atualizadas e eficazes, com o objetivo de ajudar seus pacientes a atravessarem seus desafios, ampliarem perspectivas e alcançarem maior bem-estar emocional e relacional.

Se quiser conhecer mais sobre o trabalho do autor, acesse:

<https://neuroflux.com.br>

Prefácio

Uma Nova Lente para a Psicoterapia

Decidi escrever este livro a partir de uma constatação simples — e profundamente clínica: muitos pacientes não chegam à terapia tentando regular emoções. Eles chegam tentando não perder alguém.

Ao longo das últimas décadas, a psicoterapia — incluindo a Terapia Cognitivo-Comportamental — avançou de forma significativa na compreensão, nomeação e regulação dos estados emocionais internos. Esse avanço foi essencial e inegociável. No entanto, algo permaneceu parcialmente fora do foco clínico: o fato de que grande parte dos comportamentos classificados como “desadaptativos” não tem como função principal aliviar emoções, mas regular vínculos.

Ciúme, agradar excessivamente, silenciar, desaparecer, testar, controlar, intensificar o sofrimento, adoecer ou se machucar — em muitos casos, esses comportamentos não representam falhas de autorregulação emocional. São estratégias relacionais, frequentemente aprendidas de forma precoce, que buscam tornar o outro mais previsível, acessível, responsivo ou presente.

Quando essas estratégias são tratadas apenas como problemas emocionais, algo importante se perde. O paciente passa a se perceber como inadequado ou disfuncional por comportamentos que, na verdade, foram tentativas — muitas vezes inteligentes e necessárias em determinado contexto — de preservar conexões fundamentais.

A Análise de Regulação Relacional (ARR) nasce exatamente nesse ponto de tensão entre teoria e prática clínica. Ela não nega a importância das emoções, tampouco substitui modelos consolidados como o apego, os esquemas iniciais desadaptativos ou a regulação emocional. O que a ARR propõe é um deslocamento do eixo clínico: do “o que você sente?” para o “o que esse comportamento tenta regular no outro?”.

Esse deslocamento muda profundamente o trabalho terapêutico.

Muda a formulação de caso. Muda o tom da intervenção. Muda a relação do paciente com a própria história comportamental.

Sob a lente da ARR, o sintoma deixa de ser entendido como um erro a ser eliminado e passa a ser reconhecido como uma tentativa de organização relacional — uma estratégia que funciona, mas que cobra um custo alto demais ao longo do tempo. A clínica, então, deixa de se concentrar exclusivamente na correção emocional e passa a se dedicar à flexibilização dos padrões de regulação do vínculo.

Este livro foi escrito para terapeutas que já perceberam — ainda que de forma intuitiva — que algo não se encaixava quando certos pacientes compreendiam seus processos emocionais, regulavam afetos, mas continuavam presos aos mesmos ciclos relacionais. Foi escrito para profissionais que se sentem desconfortáveis em reduzir comportamentos complexos a rótulos rápidos ou a protocolos excessivamente intrapsíquicos.

Ao longo dos capítulos, o leitor encontrará:

- Uma crítica fundamentada à confusão entre emoção e vínculo;
- Uma leitura funcional do apego como comportamento em ação;
- A sistematização da ARR como modelo clínico;
- Aplicações práticas em sessão;
- E, por fim, um instrumento original de avaliação — o Inventário de Regulação Relacional (IRR) — que torna mensurável aquilo que, por muito tempo, permaneceu apenas no campo da intuição clínica.

Nada aqui é apresentado como dogma. A ARR não pretende ser “a nova verdade”, mas um novo mapa clínico — especialmente útil em contextos nos quais o sofrimento emerge menos daquilo que o indivíduo sente sozinho e mais daquilo que ele teme perder na relação com o outro.

Se este livro cumprir seu papel, o leitor não sairá apenas com novas técnicas, mas com uma pergunta clínica que passará a acompanhá-lo em cada sessão:

“O que este comportamento está tentando regular no vínculo?”

Às vezes, essa pergunta é o início da mudança.

Capítulo 1

Do Sintoma ao Vínculo: O Território da Regulação Relacional

Quando o insight não produz mudança

Há um momento recorrente na clínica que raramente aparece nos manuais, mas que todo terapeuta experiente conhece bem.

O paciente compreende. Ele concorda. Ele formula o pensamento alternativo com precisão. Ele reconhece o padrão.

E, ainda assim, repete.

Repete o mesmo comportamento. Repete o mesmo ciclo relacional. Repete a mesma dor — agora acompanhada de culpa por “saber e não conseguir mudar”.

Esse é o ponto exato em que muitos processos terapêuticos entram em impasse.

A Terapia Cognitivo-Comportamental ensinou corretamente que insight não é sinônimo de mudança, mas, na prática, grande parte das intervenções continua organizada em torno da ideia implícita de que compreender melhor levará, mais cedo ou mais tarde, a agir diferente. Quando isso não acontece, a tendência é intensificar a psicoeducação, refinar a reestruturação cognitiva ou atribuir a dificuldade à resistência do paciente.

O que raramente se questiona é se estamos fazendo a pergunta certa.

O limite invisível da autorregulação emocional

O modelo cognitivo clássico parte de uma premissa sólida: comportamentos disfuncionais visam reduzir sofrimento emocional. A ansiedade leva à evitação, a tristeza ao isolamento, o medo à vigilância. O comportamento aparece como resposta a um estado interno desagradável, mediado por interpretações distorcidas da realidade.

Esse modelo funciona — e muito — em inúmeros quadros clínicos.

O problema surge quando ele é aplicado indiscriminadamente a situações em que a emoção não é o alvo principal do comportamento, mas apenas o veículo por meio do qual algo maior está sendo tentado preservar: o vínculo.

Nesses casos, o paciente não está tentando apenas “se sentir melhor”.

Ele está tentando não perder alguém, não se tornar irrelevante, não ser abandonado, não desaparecer psicologicamente para o outro.

Quando isso acontece, a autorregulação emocional deixa de ser suficiente como eixo explicativo.

O comportamento que não quer aliviar — quer garantir

Observe alguns padrões clínicos comuns:

- Pessoas que monitoram excessivamente o parceiro, mesmo reconhecendo que isso aumenta a ansiedade.
- Pacientes que agradam de forma crônica, mesmo exaustos e ressentidos.
- Indivíduos que se afastam abruptamente de relações importantes logo após momentos de maior proximidade.
- Adolescentes que expressam sofrimento de maneira intensa justamente quando se sentem emocionalmente invisíveis.

Em todos esses casos, perguntar apenas “que emoção você estava tentando aliviar?” produz respostas parciais.

A pergunta que falta — e que raramente é feita de forma sistemática — é outra:

O que esse comportamento tenta regular no outro?

Quando essa pergunta é introduzida, algo muda qualitativamente no processo terapêutico. O comportamento

deixa de ser visto apenas como falha de controle emocional e passa a ser compreendido como estratégia relacional.

Não uma estratégia madura, eficaz ou saudável — mas uma estratégia aprendida, coerente com a história do paciente e com os recursos que ele tinha disponíveis quando precisou, pela primeira vez, garantir um vínculo importante.

A confusão entre emoção e função

Um dos equívocos clínicos mais comuns é confundir emoção sentida com função do comportamento.

A emoção é real. A ansiedade, o ciúme, a tristeza ou o vazio estão presentes e são clinicamente relevantes.

Mas isso não significa que elas sejam o objetivo final da ação.

Em muitos casos, a emoção funciona como um sinal interno de ameaça relacional. O comportamento que se segue não visa apenas reduzir a emoção, mas alterar a disponibilidade, a previsibilidade ou a responsividade do outro.

Quando essa distinção não é feita, o terapeuta pode trabalhar intensamente a regulação emocional e, ainda assim, observar pouca mudança comportamental. Não por falha técnica, mas porque o alvo da intervenção não coincide com a função real do sintoma.

O custo clínico de não enxergar o vínculo

Quando a dimensão relacional do comportamento não é reconhecida, três efeitos clínicos indesejáveis tendem a emergir:

1. Culpa e autodepreciação do paciente

O paciente passa a se perceber como fraco, dependente ou “emocionalmente desregulado”, apesar de compreender racionalmente o problema.

2. Aumento da resistência terapêutica

Intervenções corretivas são vivenciadas como tentativas de retirar a única estratégia que o paciente conhece para preservar o

vínculo.

3. Empobrecimento da formulação clínica

O caso é reduzido a pensamentos automáticos e crenças centrais, sem integrar a função interpessoal do comportamento.

Com o tempo, o processo terapêutico pode se tornar tecnicamente correto, porém clinicamente estéril.

A proposta deste livro

Este livro parte de uma hipótese simples, porém pouco explorada de forma sistemática na TCC:

Em muitos quadros clínicos, o sintoma não existe para regular a emoção, mas para regular o vínculo.

A partir dessa premissa, será apresentada a Análise de Regulação Relacional (ARR), um modelo clínico que amplia a análise funcional tradicional ao incluir explicitamente o alvo interpessoal do comportamento.

A ARR não substitui a TCC. Ela não abandona cognições, emoções ou esquemas. Ela não propõe uma ruptura teórica.

O que a ARR faz é reposicionar a pergunta clínica central, permitindo compreender por que determinados comportamentos persistem mesmo quando o paciente “já entendeu tudo”.

Para quem este livro foi escrito

Este livro foi escrito para clínicos que:

- Sentem que a TCC tradicional funciona bem — até certo ponto;
- Atendem pacientes cujo sofrimento é essencialmente relacional;
- Percebem que o problema não é falta de insight, mas falta de alternativas vinculares;
- Desejam intervir com mais precisão, sem culpabilizar nem romantizar o sintoma.

Especialmente, foi pensado para quem trabalha com adolescentes, adultos jovens e pacientes marcados por medo de abandono, rejeição ou invisibilidade emocional.

Capítulo 2

Emoção Não é Vínculo: Redefinindo o Alvo Clínico

O erro de tratar vínculo como emoção

Se o primeiro capítulo descreveu o impasse clínico — pacientes que entendem, mas não mudam — este capítulo se dedica a examinar a raiz conceitual desse impasse.

O problema não está na TCC em si. Está em uma confusão silenciosa, amplamente disseminada na prática clínica: tratar vínculo como se fosse emoção.

Essa confusão parece sutil, mas suas consequências clínicas são profundas.

Emoções não existem no vácuo

Emoções são experiências internas. Vínculos são fenômenos relacionais.

Embora estejam intimamente conectados, não são equivalentes.

A TCC tradicional trabalha com emoções como respostas a avaliações cognitivas individuais: interpretações de ameaça, perda, injustiça ou fracasso. Dentro desse enquadramento, o outro aparece frequentemente como estímulo — alguém que desencadeia pensamentos e emoções no paciente.

O que esse modelo tende a subestimar é que, em muitos quadros clínicos, o outro não é apenas o gatilho da emoção.

Ele é o alvo do comportamento.

Quando isso não é reconhecido, o terapeuta passa a intervir no nível errado do sistema.

Quando a pergunta clínica está deslocada

Considere a pergunta clássica:

“O que você sentiu naquele momento?”

Ela é legítima. Ela é necessária. Mas, em determinados casos, ela é insuficiente.

Porque a emoção, ali, não é o problema central — é o sinal.

O que o paciente está tentando resolver não é apenas um estado interno desagradável, mas uma ameaça percebida à continuidade, à previsibilidade ou ao valor do vínculo.

Quando o terapeuta insiste em regular a emoção sem compreender o que está em jogo na relação, a intervenção se torna parcial. É como tentar ajustar o volume de um alarme sem investigar o incêndio que o disparou.

A emoção como mensageira, não como destino

Na clínica relacional, emoções como ansiedade, ciúme, tristeza intensa ou vazio funcionam frequentemente como mensageiras de risco vincular.

Elas comunicam, internamente, algo como:

- “Posso ser deixado”
- “Posso não ser importante”
- “Posso ser substituído”
- “Posso me tornar invisível”

O comportamento que segue essas emoções não visa apenas reduzir o desconforto emocional. Ele visa interferir na relação, ainda que de forma indireta, imatura ou custosa.

Quando o terapeuta tenta eliminar a emoção sem decodificar sua função relacional, corre o risco de invalidar — mesmo que involuntariamente — a necessidade subjacente do paciente.

O paradoxo clínico da regulação emocional

Aqui surge um paradoxo frequente:

Quanto mais o terapeuta insiste em ensinar o paciente a “regular a emoção”, mais o paciente se apega ao

comportamento.

Isso ocorre porque, do ponto de vista do paciente, regular a emoção sem regular o vínculo equivale a se expor ao risco máximo.

Se a ansiedade sinaliza possível perda do outro, e o comportamento serve para tentar evitar essa perda, abandonar o comportamento sem alternativa relacional clara é vivido como imprudente, quando não perigoso.

O paciente não está sendo resistente. Ele está sendo coerente com sua lógica interna.

A falha da autorregulação em sistemas dependentes de vínculo

Grande parte da psicoeducação contemporânea enfatiza a autorregulação emocional como ideal terapêutico. A capacidade de acalmar-se, tolerar frustrações e modular emoções é, de fato, um objetivo legítimo.

O problema surge quando esse ideal é aplicado a pacientes que nunca tiveram uma experiência suficientemente estável de co-regulação.

Para esses indivíduos, a autorregulação não falhou — ela nunca foi plenamente instalada.

Exigir que o paciente regule sozinho emoções que sempre foram reguladas (ou desreguladas) no campo relacional é, clinicamente, um salto grande demais.

Nesses casos, o comportamento não regula apenas emoção; ele tenta substituir a ausência de uma base segura.

Vínculo não é emoção — é contexto organizador

Uma das contribuições centrais da ARR é recolocar o vínculo em seu lugar adequado: não como emoção, não como cognição, mas como contexto organizador do comportamento.

O vínculo define:

- O que pode ou não ser sentido
- O que pode ou não ser pedido
- O que pode ou não ser mostrado
- O que precisa ser escondido para não perder o outro

Quando esse contexto não é considerado, o terapeuta pode interpretar comportamentos como irracionais, impulsivos ou desproporcionais, quando, na verdade, são altamente proporcionais ao risco relacional percebido pelo paciente.

O custo terapêutico da confusão

Tratar vínculo como emoção gera pelo menos três efeitos clínicos problemáticos:

1. Intervenções que aliviam a emoção, mas mantêm o padrão

O paciente aprende a se acalmar — mas continua se comportando da mesma forma nos vínculos.

2. Frustração mútua

O terapeuta sente que o paciente “não aplica o que aprende”.
O paciente sente que “algo nele não funciona”.

3. Perda de precisão clínica

O foco excessivo na emoção impede a formulação adequada da função interpessoal do sintoma.

A consequência é uma terapia tecnicamente correta, mas desalinhada com o problema central.

A mudança de eixo proposta pela ARR

A Análise de Regulação Relacional propõe uma mudança simples, porém radical, de eixo clínico.

Sem abandonar a emoção, a ARR pergunta primeiro:

“Qual vínculo está em risco aqui?”

A partir dessa pergunta, a emoção passa a ser compreendida como:

- Sinal de ameaça relacional
- Ativadora de esquemas
- Mediadora do comportamento

Mas não mais como o alvo final da intervenção.

Essa mudança de eixo permite que o terapeuta intervenha onde o problema realmente se organiza: na forma como o paciente tenta preservar, testar ou controlar seus vínculos significativos.

Capítulo 3

Quando Regular Emoção Não Basta: O Mito da Autonomia Emocional

A ilusão da autorregulação emocional

A autorregulação emocional é frequentemente apresentada como um dos principais objetivos da psicoterapia contemporânea. Aprender a identificar emoções, tolerar desconfortos, modular impulsos e responder de forma mais adaptativa aos estados internos tornou-se quase sinônimo de maturidade emocional.

Esse ideal, em si, não é equivocado.

O problema surge quando a autorregulação é tratada como um ponto de partida — e não como um resultado de um processo relacional.

A promessa implícita da autorregulação

Grande parte da psicoeducação psicológica transmite, ainda que de forma implícita, a seguinte mensagem:

“Se você aprender a regular suas emoções, seus comportamentos mudarão.”

Para muitos pacientes, essa promessa se cumpre. Para outros, ela se transforma em fonte de frustração.

Esses pacientes aprendem a nomear emoções, reconhecem gatilhos, praticam técnicas de respiração, desenvolvem consciência corporal — e, ainda assim, seguem presos aos mesmos padrões relacionais.

O erro não está na técnica. Está na suposição de que a autorregulação emocional pode ser desenvolvida independentemente da história vincular do indivíduo.

Autorregulação não nasce isolada

Do ponto de vista do desenvolvimento psicológico, a autorregulação emocional não é uma habilidade inata que se desenvolve espontaneamente. Ela emerge a partir de

experiências repetidas de co-regulação.

O bebê não aprende a se acalmar sozinho. Ele aprende a se acalmar com alguém.

É por meio da responsividade consistente de uma figura significativa que o sistema nervoso aprende a retornar ao equilíbrio. Aos poucos, essa função é internalizada, tornando-se uma capacidade relativamente autônoma.

Quando esse processo ocorre de forma instável, imprevisível ou ausente, a autorregulação não falha — ela não se consolida plenamente.

Nesses casos, esperar que o indivíduo regule emoções intensas de maneira isolada equivale a exigir uma habilidade que nunca teve condições de se estruturar adequadamente.

O paciente que “sabe, mas não consegue”

Na clínica, isso se manifesta de forma recorrente:

- Pacientes que compreendem perfeitamente seus gatilhos emocionais.
- Indivíduos capazes de explicar suas reações com clareza.
- Pessoas que dominam o vocabulário emocional e as técnicas de regulação.

Ainda assim, diante de determinadas relações, tudo desorganiza.

Não por falta de esforço. Não por resistência. Mas porque a emoção ativa um sistema relacional primário, anterior à reflexão consciente.

Quando o vínculo é percebido como ameaçado, o sistema emocional entra em modo de sobrevivência relacional. Nesse estado, exigir autorregulação é como pedir contenção racional a um alarme disparado.

A autorregulação como ideal normativo

Outro problema da autorregulação emocional, quando mal compreendida, é seu uso como critério moral implícito.

Pacientes passam a se julgar por não conseguirem:

- “Segurar” a ansiedade
- “Controlar” o ciúme
- “Lidar melhor” com a rejeição

A mensagem internalizada torna-se:

“Se eu não consigo me regular, há algo errado comigo.”

Esse julgamento reforça esquemas de defeituosidade e inadequação, aprofundando o ciclo que a terapia tenta interromper.

A ARR propõe retirar a autorregulação do lugar de exigência moral e recolocá-la como habilidade a ser construída gradualmente, em contexto relacional seguro.

Regulação emocional como processo relacional oculto

Mesmo em adultos, a regulação emocional raramente é um processo totalmente solitário. Ela ocorre por meio de:

- Validação
- Previsibilidade
- Responsividade
- Presença emocional

Quando esses elementos estão presentes em um vínculo, a emoção se organiza. Quando estão ausentes, a emoção se intensifica.

Ignorar essa dimensão relacional leva a intervenções que tratam sintomas isoladamente, sem tocar o sistema que os mantém.

O comportamento como substituto da co-regulação

Quando a co-regulação falha, o comportamento frequentemente assume essa função.

O indivíduo aprende, ainda que de forma implícita, que:

- Certos comportamentos garantem atenção
- Outros evitam rejeição
- Alguns testam a importância do vínculo
- Outros punem a ausência emocional

Esses comportamentos tornam-se atalhos regulatórios. Custosos, imaturos, mas funcionais dentro da lógica do paciente.

Tratar esses comportamentos apenas como falhas de controle emocional é perder de vista sua função original: regular o outro quando a autorregulação não é suficiente.

A falácia da independência emocional

A cultura psicológica contemporânea frequentemente exalta a independência emocional como ideal de saúde mental. Embora a autonomia seja desejável, a ideia de independência absoluta ignora uma verdade fundamental: ser humano é ser relacional.

Mesmo indivíduos emocionalmente maduros regulam emoções em contextos de vínculo. A diferença não está na ausência de necessidade relacional, mas na forma como essa necessidade é expressa.

A ARR não busca eliminar a dependência — busca transformá-la em interdependência saudável.

O lugar da autorregulação na ARR

Na Análise de Regulação Relacional, a autorregulação emocional não é descartada. Ela é reposicionada.

Ela deixa de ser:

- Ponto de partida
- Critério de sucesso

- Exigência imediata

E passa a ser:

- Consequência de vínculos mais seguros
- Resultado de novas estratégias relacionais
- Produto de experiências corretivas de co-regulação

Quando o vínculo se organiza, a emoção segue.

Capítulo 4

Apego em Ação: Como Dependência Molda Comportamentos

Apego, dependência e comportamento

Nenhum comportamento clinicamente relevante surge no vazio. Ele emerge sempre dentro de um campo relacional.

Antes de ser uma escolha consciente, um hábito ou um traço de personalidade, o comportamento é uma resposta aprendida a riscos vinculares percebidos. Para compreender essa lógica, é indispensável retornar à teoria do apego — não como um rótulo diagnóstico, mas como um mapa funcional de regulação relacional.

Apego não é estilo: é estratégia

Na prática clínica, é comum falar em “estilos de apego” como categorias relativamente estáveis: seguro, ansioso, evitativo, desorganizado. Embora úteis para psicoeducação, essas categorias frequentemente são tratadas de forma estática, como se descrevessem quem a pessoa é.

A ARR parte de uma premissa diferente:

Apego não define identidade. Apego organiza estratégias de sobrevivência relacional.

Cada padrão de apego representa uma forma aprendida de lidar com uma pergunta implícita e permanente:

“O outro estará disponível quando eu precisar?”

O comportamento é a tentativa concreta de responder a essa pergunta.

Dependência não é patologia — é dado estrutural

Outro erro frequente na clínica é tratar a dependência emocional como um desvio a ser eliminado. Essa leitura ignora um fato básico do desenvolvimento humano: todo ser humano dependeu radicalmente de outro para sobreviver.

A dependência não é o problema. O problema é quando ela precisa ser negada, camuflada ou regulada por vias indiretas.

Quando a dependência é aceita, nomeada e acolhida em vínculos seguros, ela se transforma em interdependência. Quando é invalidada, ela se infiltra no comportamento.

Apego seguro: comportamento flexível

Em contextos de apego suficientemente seguro, o comportamento tende a ser:

- Proporcional ao risco real
- Flexível diante de feedback
- Ajustável à resposta do outro
- Capaz de tolerar frustração

Nesses casos, a regulação relacional ocorre principalmente por comunicação direta. O comportamento não precisa “falar pelo paciente”, porque o vínculo tolera pedidos, limites e reparações.

Na ARR, esse é o ponto de chegada — não o ponto de partida.

Apego ansioso: comportamento de amplificação

Quando o vínculo é percebido como instável ou imprevisível, o sistema relacional aprende que a disponibilidade do outro precisa ser ativada.

O comportamento passa a ter função de amplificação:

- Amplificar necessidade
- Amplificar dor
- Amplificar urgência

Nesse contexto, surgem padrões como:

- Ciúme intenso
- Hipervigilância relacional
- Necessidade de confirmação constante

- Dramatização do sofrimento
- Comportamentos de risco como pedido indireto de cuidado

Esses comportamentos não visam aliviar a emoção interna. Eles visam reduzir a distância percebida do outro.

Apego evitativo: comportamento de controle por afastamento

No apego evitativo, a ameaça central não é o abandono explícito, mas a invasão, a dependência e a perda de autonomia.

Aqui, o comportamento regula o vínculo por meio do afastamento:

- Silêncio
- Retraimento emocional
- Racionalização excessiva
- Desinvestimento afetivo
- Desaparecimentos estratégicos

Esses comportamentos não indicam ausência de necessidade relacional. Indicam que a necessidade foi associada a risco.

O afastamento funciona como tentativa de manter o controle do vínculo: se não preciso, não sofro.

Apego desorganizado: comportamento paradoxal

No apego desorganizado, a figura de vínculo é simultaneamente fonte de segurança e ameaça. Isso gera um sistema relacional incoerente, marcado por estratégias contraditórias.

O comportamento oscila entre:

- Aproximação intensa
- Afastamento abrupto
- Pedido de cuidado seguido de rejeição
- Idealização e desvalorização

Do ponto de vista da ARR, esses comportamentos não são

“instabilidade emocional”, mas tentativas sucessivas e falhas de regular um vínculo imprevisível.

O comportamento como linguagem do apego

Uma das contribuições centrais da ARR é tratar o comportamento como linguagem relacional.

Perguntar “por que você faz isso?” costuma levar a explicações racionais frágeis ou à culpa.

Perguntar “o que isso tenta garantir no vínculo?” abre acesso à função real do comportamento.

O comportamento comunica:

- Medo de perder
- Medo de depender
- Medo de não importar
- Medo de ser invisível

Ele é menos sobre emoção e mais sobre posição relacional.

Dependência negada vira sintoma

Quando a dependência é vivida como vergonha, fraqueza ou falha moral, ela não desaparece. Ela se desloca.

Surge como:

- Controle
- Exigência
- Teste
- Punição
- Autossabotagem
- Sofrimento performativo

A ARR entende o sintoma como dependência que não encontrou via madura de expressão.

O erro clínico da correção comportamental precoce

Intervenções que tentam modificar o comportamento sem compreender sua função vincular tendem a produzir dois efeitos:

- 1. Supressão temporária**, com retorno posterior do sintoma.
- 2. Substituição comportamental**, mantendo a mesma função relacional.

Sem abordar o apego subjacente, o comportamento apenas troca de forma.

A ARR como tradução do apego em ação

A Análise de Regulação Relacional traduz conceitos abstratos do apego em perguntas clínicas operacionais:

- Que vínculo está em jogo?
- Qual risco relacional está sendo antecipado?
- O que o comportamento tenta garantir no outro?
- O que aconteceria se esse comportamento não existisse?

Essas perguntas deslocam o foco do controle para a compreensão.

Capítulo 5

Estratégias que se Repetem: Ciclos de Regulação Relacional

Padrões de regulação relacional e repetição

Um dos fenômenos mais frustrantes — tanto para pacientes quanto para terapeutas — é a repetição.

O paciente entende o padrão. Reconhece a dor. Promete fazer diferente.

E, ainda assim, reencontra-se no mesmo lugar relacional, com personagens diferentes e o mesmo desfecho emocional.

A ARR parte de uma hipótese simples e clínica:

O que se repete não é o sofrimento. O que se repete é a estratégia de regulação do vínculo.

Repetição não é teimosia — é previsibilidade buscada

Do ponto de vista relacional, a repetição tem uma função adaptativa. O sistema psíquico prefere o previsível ao seguro.

Mesmo vínculos dolorosos oferecem algo essencial: coerência interna.

Quando o indivíduo aprendeu, precocemente, que amor envolve tensão, esforço, vigilância ou desaparecimento, ele não busca sofrimento conscientemente. Ele busca um tipo específico de organização relacional que lhe seja familiar.

A repetição é uma tentativa de manter o vínculo dentro de parâmetros conhecidos.

Quando a estratégia vira padrão

Uma estratégia de regulação relacional nasce como resposta contextual:

- Uma forma de garantir presença
- Uma maneira de evitar rejeição
- Um recurso para não depender demais

- Uma tentativa de não ser abandonado

Com o tempo, essa estratégia deixa de ser flexível e passa a operar como padrão automático.

O que antes era “o que eu faço quando preciso” torna-se “o que eu faço sempre”.

Nesse ponto, o comportamento deixa de responder ao vínculo real e passa a responder ao vínculo antecipado.

Padrões como esquemas relacionais em ação

Na ARR, os padrões de repetição podem ser compreendidos como esquemas relacionais operando no nível comportamental.

Eles não são crenças abstratas, mas roteiros implícitos que organizam:

- Expectativa sobre o outro
- Posição ocupada na relação
- Forma aceitável de pedir, afastar ou testar

Exemplos comuns incluem:

- “Preciso provar meu valor para ser escolhido”
- “Se eu relaxar, serei abandonado”
- “Se eu depender, perco o controle”
- “Só sou visto quando sofro”

O comportamento encena esses roteiros.

A armadilha da personalização

Quando padrões de regulação relacional não são reconhecidos como tais, eles passam a ser descritos como traços de personalidade:

- “Eu sou ciumento”
- “Eu sou frio”
- “Eu sou intenso demais”

- “Eu sempre estrago tudo”

Essa personalização gera dois efeitos clínicos indesejáveis:

1. Fixação identitária — o padrão vira identidade.

2. Desesperança terapêutica — se é “quem eu sou”, não há o que mudar.

A ARR devolve o padrão ao seu lugar original: uma solução antiga para um problema relacional antigo.

A repetição como tentativa de reparação

Um aspecto central da repetição é sua dimensão reparativa.

Inconscientemente, o indivíduo tenta:

- Fazer o outro ficar dessa vez
- Ser escolhido agora
- Receber cuidado sem precisar implorar
- Provar que não será abandonado

Cada nova relação torna-se uma nova tentativa de resolver um dilema antigo.

O problema não está no desejo de reparação, mas na fidelidade à estratégia antiga, que já não funciona no presente.

Por que insight não basta

Muitos pacientes compreendem intelectualmente seus padrões, mas continuam repetindo-os. Isso ocorre porque o padrão não é mantido por falta de insight, mas por regulação relacional automática.

Quando o vínculo é percebido como ameaçado, o sistema não pergunta:

“O que seria mais saudável?”

Ele pergunta:

“O que já funcionou antes?”

E executa.

Por isso, intervenções exclusivamente cognitivas tendem a falhar quando não acessam a função relacional do comportamento.

O custo invisível da repetição

Embora funcional no curto prazo, a repetição cobra um preço alto:

- Desgaste relacional
- Confirmação de crenças dolorosas
- Perda de espontaneidade
- Empobrecimento emocional

O indivíduo passa a viver mais preocupado em regular o vínculo do que em experienciá-lo.

A ARR como ferramenta de interrupção do ciclo

A Análise de Regulação Relacional intervém exatamente no ponto onde a repetição se mantém: a função relacional do comportamento.

Ao tornar explícito:

- Qual vínculo está sendo regulado
- Qual risco está sendo antecipado
- Qual estratégia está sendo automaticamente acionada

O padrão deixa de operar no piloto automático.

O paciente não é forçado a “agir diferente”. Ele é convidado a entender o que está tentando garantir.

Essa compreensão abre espaço para escolha.

Da repetição à experimentação

Quando o padrão é reconhecido como estratégia — e não como identidade — torna-se possível experimentar alternativas.

Essas alternativas não são inicialmente confortáveis. Elas envolvem:

- Tolerar incerteza relacional
- Abrir mão de controle
- Expressar necessidade de forma mais direta
- Aceitar respostas imperfeitas do outro

A ARR entende que maturidade relacional não é ausência de medo, mas capacidade de sustentar o vínculo sem recorrer aos atalhos antigos.

Capítulo 6

ARR Desvendada: Fundamentos, Lógica e Estrutura

A Análise de Regulação Relacional (ARR): fundamentos técnicos

A Análise de Regulação Relacional (ARR) não é uma técnica de interpretação, nem um exercício de insight narrativo. Trata-se de um procedimento clínico estruturado, cujo objetivo é identificar, tornar consciente e flexibilizar a função relacional de um comportamento.

Seu foco não é o sintoma em si, nem a emoção isolada, mas o sistema relacional que o comportamento tenta organizar.

A ARR responde a uma pergunta que raramente é feita de forma direta na clínica tradicional:

“O que este comportamento está tentando regular no outro?”

O deslocamento técnico central da ARR

A maioria das intervenções em TCC segue, explicitamente ou não, esta sequência:

Situação > Pensamento > Emoção > Comportamento

A ARR propõe um deslocamento funcional:

Situação > Risco relacional percebido > Estratégia comportamental > Resposta do outro > Regulação (ou não) do vínculo

Esse deslocamento não nega os componentes cognitivos e emocionais, mas retira o comportamento do lugar de falha individual e o reposiciona como tentativa relacional.

Princípios técnicos da ARR

A ARR se sustenta em cinco princípios clínicos fundamentais:

1. Todo comportamento clinicamente relevante tem função relacional

Mesmo quando parece autodestrutivo, impulsivo ou “irracional”, o comportamento:

- Busca proximidade, previsibilidade ou controle do vínculo
- Tenta evitar abandono, rejeição ou invasão
- Comunica necessidade quando a comunicação direta falhou

2. O comportamento regula o vínculo, não a emoção

A redução emocional é, muitas vezes, apenas um efeito colateral. A função primária é alterar a posição do outro na relação.

3. A estratégia é aprendida, não escolhida

O comportamento não surge como decisão consciente, mas como solução implícita historicamente eficaz dentro da biografia relacional do paciente.

4. Tornar a função consciente cria espaço para escolha

Enquanto a função relacional permanece implícita, o padrão se repete. Quando ela se torna explícita, surge possibilidade de flexibilização.

5. Mudança relacional precede mudança emocional

Na ARR, a emoção se organiza depois que o vínculo encontra maior previsibilidade.

A pergunta-matriz da ARR

Toda aplicação da ARR gira em torno de uma pergunta central, que orienta o raciocínio clínico:

“Se este comportamento funciona, o que exatamente ele tenta provocar, impedir ou garantir no outro?”

Essa pergunta desloca o paciente de:

- Culpa > curiosidade

- Julgamento > compreensão funcional
- Identidade > estratégia

As seis etapas da ARR

A ARR é aplicada por meio de seis etapas sequenciais. Elas não precisam ocorrer rigidamente em ordem, mas todas devem ser contempladas para que a análise seja completa.

Etapas 1 — Comportamento-alvo

Define-se um comportamento específico, observável e contextualizado.

Exemplos:

- Enviar mensagens repetidas
- Se afastar após momentos de intimidade
- Agradar excessivamente
- Explodir emocionalmente
- Desaparecer
- Se machucar (em contextos clínicos específicos, sempre com manejo ético e de segurança)

A precisão aqui é essencial. Não se trabalha com traços (“sou ciumento”), mas com ações situadas.

Etapas 2 — Emoção consciente associada

Identifica-se a emoção que o paciente reconhece no momento do comportamento.

Perguntas comuns:

- “O que você sente logo antes?”
- “Qual emoção você percebe em você nessa situação?”

Essa etapa cria aliança, mas não é o foco final da ARR.

Etapas 3 — Emoção implícita ou não simbolizada

Aqui investigam-se emoções menos acessíveis,

frequentemente evitadas ou dissociadas, como:

- Medo de não importar
- Vergonha de depender
- Sensação de invisibilidade
- Desamparo
- Medo de ser substituível

Essas emoções costumam sustentar a urgência do comportamento.

Etapas 4 – Vínculo que está sendo regulado

Este é o núcleo técnico da ARR.

Pergunta-chave:

“Quando você faz isso, o que muda no outro?”

Investiga-se:

- Quem é o outro relevante
- Qual posição relacional está sendo buscada
- O que o comportamento tenta garantir, testar ou evitar

Exemplos clínicos:

- Tornar o outro mais previsível
- Provocar cuidado
- Evitar indiferença
- Punir afastamento
- Confirmar importância

Etapas 5 – Risco percebido se o comportamento não ocorrer

Aqui se acessa o medo central.

Pergunta típica:

“Se você não fizesse isso, o que poderia acontecer na relação?”

Respostas frequentes:

- “Ele se afastaria”
- “Eu ficaria invisível”
- “Eu perderia o controle”
- “Eu não saberia se importo”

Essa etapa revela o custo psicológico de abandonar a estratégia antiga.

Etapas 6 – Alternativas de regulação relacional mais maduras

Somente após compreender profundamente a função do comportamento é que se exploram alternativas.

Essas alternativas não são prescrições comportamentais simples, mas novas formas de regular o vínculo, como:

- Comunicação mais direta de necessidade
- Tolerância à incerteza relacional
- Pedidos explícitos
- Diferenciação emocional
- Aceitação de respostas imperfeitas do outro

A ARR entende que alternativas maduras inicialmente aumentam a ansiedade, pois retiram atalhos antigos de controle.

O papel do terapeuta na ARR

O terapeuta atua como:

- Tradutor da linguagem comportamental
- Regulador externo temporário
- Facilitador de consciência relacional

Não se trata de confrontar, corrigir ou extinguir o comportamento, mas de revelar sua lógica.

Essa postura reduz resistência e fortalece aliança terapêutica, especialmente com pacientes que já se sentem “difíceis” ou “defeituosos”.

O timing da ARR

A ARR pode ser aplicada:

- Na primeira sessão (comportamentos atuais)
- Em análises de episódios recentes
- Como revisão de recaídas
- Como ferramenta de psicoeducação relacional

Ela é especialmente eficaz quando:

- Há repetição de padrões
- Intervenções cognitivas falharam
- O paciente “entende, mas não muda”

O que a ARR não é

Para evitar distorções técnicas, é importante destacar que a ARR não é:

- Uma justificativa do comportamento
- Uma negação de responsabilidade
- Uma técnica de exposição emocional
- Uma abordagem exclusivamente baseada em apego

A ARR é uma ferramenta funcional, integrável à TCC, Terapia do Esquema e modelos baseados em apego, mas com lógica própria.

Capítulo 7

Mapeando Comportamentos: Padrões de Regulação Relacional em Sessão

ARR aplicada: principais padrões clínicos

Na prática clínica, a Análise de Regulação Relacional (ARR) revela algo que rapidamente se torna evidente: os comportamentos mudam, mas as funções relacionais tendem a se repetir.

Este capítulo descreve os principais padrões clínicos de regulação relacional, não como diagnósticos, mas como configurações funcionais observáveis em diferentes quadros psicopatológicos, idades e contextos.

O objetivo aqui não é classificar o paciente, mas oferecer ao terapeuta mapas clínicos que orientem a aplicação da ARR em sessão.

1. Padrão de Amplificação do Vínculo

(“Se eu intensificar, o outro fica”)

Comportamentos típicos

- Ciúme intenso
- Mensagens repetidas
- Crises emocionais após sinais de afastamento
- Dramatização do sofrimento
- Comportamentos de risco como pedido indireto de cuidado

Função relacional

Manter o outro emocionalmente engajado e responsivo. O comportamento busca reduzir o risco de abandono por meio da intensificação.

Risco percebido

“Se eu não mostrar o quanto dói, serei deixado.”

Erro clínico comum

Focar exclusivamente em controle emocional ou reestruturação cognitiva do ciúme, sem abordar o medo relacional subjacente.

Intervenção via ARR

- Tornar explícito que o comportamento funciona relacionalmente
- Diferenciar intensidade emocional de proximidade real
- Construir alternativas de pedido direto de presença, mesmo com risco de frustração

2. Padrão de Agradar para Pertencer

("Se eu não incomodar, não serei rejeitado")

Comportamentos típicos

- Submissão relacional
- Dificuldade de dizer "não"
- Hipersensibilidade a desaprovação
- Autoanulação emocional
- Esgotamento afetivo

Função relacional

Reduzir o risco de rejeição ocupando uma posição de baixo custo emocional na relação.

Risco percebido

"Se eu mostrar quem sou ou o que preciso, serei descartado."

Erro clínico comum

Trabalhar apenas assertividade como técnica comportamental, sem tocar a ameaça relacional percebida.

Intervenção via ARR

- Identificar como o agradar regula a permanência do outro

- Explorar o medo de ocupar espaço relacional
- Introduzir microexperimentos de discordância tolerável

3. Padrão de Afastamento Regulatório

("Se eu não precisar, não me machuco")

Comportamentos típicos

- Silêncio prolongado
- Retraimento emocional
- Racionalização excessiva
- Desaparecimentos após intimidade
- Frieza aparente

Função relacional

Manter controle do vínculo por redução da dependência visível.

Risco percebido

"Se eu depender, perco autonomia ou serei invadido."

Erro clínico comum

Interpretar o afastamento como resistência ou falta de motivação terapêutica.

Intervenção via ARR

- Nomear o afastamento como estratégia de proteção
- Validar a função sem reforçar o padrão
- Trabalhar aproximação gradual sem colapso de autonomia

4. Padrão de Teste de Importância

("Só acredito se eu provocar uma resposta")

Comportamentos típicos

- Ameaças de término

- Sumiços estratégicos
- Provocações emocionais
- Ambivalência relacional
- Ciclos de aproximação e ruptura

Função relacional

Forçar o outro a demonstrar valor, prioridade ou cuidado.

Risco percebido

“Se eu não testar, nunca saberei se importo.”

Erro clínico comum

Focar apenas na instabilidade emocional, sem reconhecer a busca por confirmação relacional.

Intervenção via ARR

- Tornar explícito o teste como estratégia
- Explorar o custo relacional do teste
- Desenvolver tolerância à incerteza afetiva

5. Padrão de Controle do Outro

(“Se eu controlar, não perco”)

Comportamentos típicos

- Vigilância excessiva
- Exigência de previsibilidade
- Regras implícitas
- Invasão emocional
- Dificuldade com autonomia do outro

Função relacional

Reduzir ansiedade relacional por meio da previsibilidade forçada.

Risco percebido

“Se eu não controlar, algo ruim vai acontecer.”

Erro clínico comum

Tratar o controle apenas como traço de personalidade ou insegurança genérica.

Intervenção via ARR

- Identificar o medo central (abandono, traição, invisibilidade)
- Diferenciar previsibilidade saudável de controle
- Trabalhar confiança como processo, não como decisão

6. Padrão de Sofrimento como Linguagem

(“Se eu sofrer, alguém vê”)

Comportamentos típicos

- Adoecimento recorrente
- Colapsos emocionais
- Autolesão em adolescentes (sempre com manejo clínico e de segurança)
- Regressões relacionais
- Comunicação centrada na dor

Função relacional

Tornar a necessidade visível e incontestável quando o pedido direto falhou.

Risco percebido

“Se eu não sofrer, ninguém percebe que preciso.”

Erro clínico comum

Focar exclusivamente na eliminação do comportamento sem oferecer outra via de visibilidade relacional.

Intervenção via ARR

- Nomear o sofrimento como forma de comunicação
- Trabalhar alternativas simbólicas e verbais de pedido de cuidado
- Fortalecer a percepção de legitimidade da necessidade

Padrões não são diagnósticos

Um mesmo paciente pode circular por diferentes padrões, dependendo:

- Do vínculo específico
- Do momento de vida
- Do nível de ameaça percebida

A ARR não cristaliza o paciente em categorias. Ela acompanha a função relacional em tempo real.

O critério clínico central: função, não forma

Dois pacientes podem apresentar o mesmo comportamento com funções completamente diferentes. E o mesmo paciente pode usar comportamentos distintos para regular o mesmo risco relacional.

Por isso, na ARR, a pergunta nunca é: “Que padrão é esse?”

Mas sim: “O que este comportamento tenta regular agora, com esta pessoa?”

Capítulo 8

O Laboratório do Vínculo: Transferência como Estratégia Relacional

ARR e vínculo terapêutico: transferência como regulação relacional

Toda psicoterapia é, inevitavelmente, uma relação. E toda relação ativa estratégias de regulação relacional.

A diferença não está em se a transferência acontece, mas em como ela é compreendida e utilizada clinicamente.

A Análise de Regulação Relacional (ARR) parte de uma premissa clara: o vínculo terapêutico não é apenas um meio para aplicar técnicas — ele é um campo vivo onde as estratégias relacionais do paciente se manifestam em estado puro.

Transferência: de conceito abstrato a função observável

Tradicionalmente, a transferência foi descrita como a repetição de padrões relacionais passados projetados na figura do terapeuta. Embora conceitualmente correta, essa definição frequentemente se mantém abstrata e distante da prática cotidiana.

A ARR propõe um deslocamento operacional:

Transferência é o uso da relação terapêutica para regular riscos vinculares percebidos, da mesma forma que o paciente faz fora da sessão.

Ou seja, o paciente não “projeta” apenas conteúdos emocionais.

Ele regula o terapeuta.

O terapeuta como figura de apego funcional

Independentemente da abordagem, o terapeuta ocupa uma posição de:

- Atenção continuada
- Escuta priorizada

- Responsividade emocional
- Previsibilidade

Essas características ativam automaticamente o sistema de apego.

Na ARR, isso não é visto como interferência, mas como condição necessária para observação clínica real.

A pergunta não é “como evitar a transferência?”, mas:

“O que o paciente tenta regular em mim — e por quê?”

Formas comuns de regulação relacional na transferência

Os mesmos padrões descritos no Capítulo 7 emergem com frequência no vínculo terapêutico, muitas vezes de forma sutil.

1. Amplificação emocional em sessão

Crises, choro intenso ou urgência emocional podem funcionar para:

- Garantir atenção
- Evitar silêncios percebidos como abandono
- Testar responsividade do terapeuta

A ARR lê isso não como descontrole emocional, mas como pedido relacional indireto.

2. Agradar ao terapeuta

Pacientes que:

- Dizem o que “acham que o terapeuta espera”
- Evitam discordar
- Relatam melhoras exageradas

Estão frequentemente regulando o risco de desaprovação ou rejeição terapêutica.

3. Afastamento e silêncio

Faltas, respostas monossilábicas ou retraimento emocional podem regular:

- Medo de depender
- Receio de invasão
- Ansiedade frente à proximidade emocional

Na ARR, silêncio também é comportamento — e também regula vínculo.

4. Testes de importância

Perguntas como:

- “Você se importa comigo?”
- “Você atende outros pacientes como eu?”
- “O que você faria se eu parasse?”

Funcionam como testes de valor relacional, não como curiosidade casual.

O erro técnico da neutralidade defensiva

Um risco frequente na clínica é o uso da neutralidade como defesa do terapeuta. Quando o profissional se protege excessivamente:

- Evita nomear processos relacionais
- Reduz responsividade emocional
- Mantém distância rígida

O paciente interpreta isso como confirmação de seus medos vinculares.

A ARR não propõe abandono de limites, mas presença clínica consciente.

A ARR aplicada à transferência: passos técnicos

A aplicação da ARR no vínculo terapêutico segue a mesma

lógica das seis etapas, com algumas especificidades.

1. Identificar o comportamento em sessão

- Crises
- Silêncios
- Idealização
- Resistência aparente
- Urgência relacional

2. Nomear o processo com cuidado

Exemplo:

“Percebo que, quando ficamos em silêncio, algo em você fica muito inquieto.”

Nomear não é interpretar — é tornar observável.

3. Investigar a função relacional

Perguntas-chave:

- “O que esse movimento tenta garantir aqui entre nós?”
- “O que você teme que aconteça comigo se isso não ocorrer?”

Aqui, a transferência deixa de ser ameaça e vira material clínico privilegiado.

4. Diferenciar passado e presente

O terapeuta ajuda o paciente a perceber:

- O que pertence à história relacional
- O que está realmente acontecendo na sessão

Essa diferenciação não invalida o medo — atualiza o vínculo.

5. Construir experiências corretivas de regulação

Pequenos ajustes na relação terapêutica oferecem:

- Previsibilidade
- Validação
- Limites claros
- Responsividade suficiente

Não se trata de gratificar demandas, mas de oferecer uma nova gramática relacional.

Responsabilidade e assimetria

A ARR reconhece explicitamente a assimetria da relação terapêutica. O terapeuta:

- Não devolve regulação por dependência
- Não usa o vínculo para suprir necessidades próprias
- Mantém limites éticos claros

Justamente por isso, pode nomear e sustentar processos relacionais difíceis sem colapsar.

Quando a transferência é evitada

Alguns pacientes não regulam o vínculo terapêutico por aproximação, mas por evitação. Nestes casos:

- A sessão se mantém excessivamente técnica
- Emoções são intelectualizadas
- O vínculo parece “frio, porém funcional”

A ARR entende isso como estratégia legítima, não como falha terapêutica. O ritmo do paciente é respeitado.

O vínculo terapêutico como laboratório relacional

A grande potência clínica da ARR está aqui: o consultório torna-se um laboratório vivo, onde o paciente pode:

- Observar suas estratégias
- Testar alternativas
- Experimentar frustrações toleráveis
- Viver vínculos sem punição ou abandono

Tudo isso sem precisar sofrer para ser visto.

Capítulo 9

Da Observação à
Transformação:
Flexibilizando Padrões
de Vínculo

Da compreensão à mudança: como flexibilizar padrões de regulação relacional

Compreender a função relacional de um comportamento é transformador. Mas compreensão, por si só, não altera padrões automatizados.

A Análise de Regulação Relacional (ARR) não se encerra no insight. Ela o utiliza como plataforma para experimentação clínica, onde o objetivo não é eliminar a necessidade relacional, mas flexibilizar as estratégias utilizadas para regulá-la.

Mudar, na ARR, não significa “agir corretamente”, mas suportar novas posições no vínculo.

O paradoxo da mudança relacional

Todo padrão de regulação relacional oferece dois ganhos simultâneos:

1. Reduz um risco percebido
2. Cobra um custo relacional elevado

O paciente muda quando:

- O custo da estratégia antiga torna-se visível
- E o risco da estratégia nova torna-se tolerável

Sem esse equilíbrio, a mudança não se sustenta.

A pergunta que inaugura a mudança

Após mapear um padrão com ARR, a intervenção clínica muda de eixo. A pergunta deixa de ser:

“Por que você faz isso?”

E passa a ser: “O que você precisaria tolerar para não precisar fazer isso?”

Essa pergunta desloca o foco do comportamento para a experiência relacional evitada.

Flexibilizar não é substituir

Um erro comum na clínica é tentar substituir um comportamento “disfuncional” por outro “mais saudável”, sem preparar o terreno emocional e relacional.

Na ARR, a mudança é progressiva e contextual.

O objetivo não é:

- Deixar de sentir
- Deixar de precisar
- Deixar de se importar

Mas aprender a:

- Pedir sem colapsar
- Esperar sem controlar
- Frustrar-se sem romper
- Depender sem se envergonhar

O conceito de “tolerância relacional”

A ARR introduz implicitamente o conceito de tolerância relacional:

a capacidade de permanecer no vínculo sem recorrer imediatamente à estratégia automática.

Essa tolerância não é emocional apenas. Ela é:

- Corporal
- Cognitiva
- Narrativa
- Vincular

É a habilidade de sustentar a incerteza relacional por tempo suficiente para que uma nova experiência aconteça.

Intervenções clínicas para flexibilização

A seguir, os principais eixos técnicos utilizados na ARR para promover mudança.

1. Microexperimentos relacionais

Ao invés de mudanças amplas, a ARR propõe experimentos mínimos, com risco controlado.

Exemplos:

- Adiar uma mensagem por alguns minutos
- Expressar um pedido de forma direta uma única vez
- Tolerar um silêncio sem preenchê-lo
- Não explicar excessivamente uma necessidade

O foco não está no sucesso do experimento, mas na experiência interna de sustentação.

2. Nomeação do impulso automático

Antes da ação, o terapeuta ajuda o paciente a identificar:

“Este é o impulso de regular o vínculo.”

Nomear cria um pequeno espaço entre impulso e ação. Esse espaço é o terreno da escolha.

3. Construção de narrativas alternativas

O paciente aprende a construir narrativas menos ameaçadoras para o vínculo, como:

- “A ausência momentânea não é abandono”
- “O outro pode precisar de tempo sem me rejeitar”
- “Minha necessidade não destrói a relação”

Essas narrativas não são autoengano positivo, mas hipóteses relacionais testáveis.

4. Diferenciação entre necessidade e estratégia

Uma intervenção central da ARR é separar:

- O que eu preciso
- Do modo como aprendi a pedir

A necessidade é legítima. A estratégia pode ser revista.

Essa diferenciação reduz vergonha e defensividade.

5. Suporte terapêutico como co-regulação transitória

Durante a mudança, o terapeuta funciona como regulador externo temporário. Isso não cria dependência patológica; cria lastro relacional.

Com o tempo, o paciente internaliza:

- Previsibilidade
- Validação
- Limite

E passa a sustentar novas estratégias fora da sessão.

Quando o paciente recai

Na ARR, recaída não é fracasso. É informação.

Ela indica:

- Que o risco relacional percebido foi alto
- Que a estratégia antiga ainda é a mais acessível
- Que o sistema precisou de proteção

A recaída é analisada, não corrigida.

Pergunta-chave:

“O que ficou grande demais para sustentar sem o comportamento?”

Mudança como ampliação de repertório

A ARR não busca eliminar padrões antigos. Eles continuam disponíveis — mas deixam de ser os únicos caminhos.

Mudança real ocorre quando o paciente:

- Percebe alternativas
- Escolhe com mais consciência
- Tolerar desconforto relacional sem colapsar

Isso é maturidade relacional.

O ponto de chegada da ARR

Ao final do processo, o paciente não se torna emocionalmente independente, frio ou autocontido. Ele se torna:

- Mais direto
- Menos reativo
- Mais flexível
- Menos refém do vínculo

Ele passa a habitar relações, em vez de regulá-las compulsivamente.

Capítulo 10

ARR no Horizonte Clínico: Integração, Ética e Perspectivas Futuras

A ARR como modelo clínico: integração, limites e futuro

A Análise de Regulação Relacional (ARR) nasceu de uma constatação clínica simples e repetida: muitos pacientes não sofrem por não saber regular emoções, mas por não saber regular vínculos de forma direta, segura e tolerável.

Ao longo deste livro, a ARR foi apresentada não apenas como uma técnica pontual, mas como um modelo clínico funcional, capaz de organizar avaliação, intervenção e compreensão psicopatológica a partir de um eixo relacional claro.

Este capítulo consolida essa proposta, discutindo sua integração com outros modelos, seus limites clínicos e seus desdobramentos futuros.

A ARR como modelo – e não apenas como técnica

Uma técnica responde à pergunta: “o que fazer em sessão?”

Um modelo responde a algo mais profundo: “como entender o sofrimento humano?”

A ARR propõe uma mudança de lente:

- Do indivíduo isolado > para o campo relacional
- Da emoção como núcleo > para o vínculo como organizador
- Do sintoma como falha > para o comportamento como estratégia

Nesse sentido, a ARR:

- Organiza a escuta clínica
- Orienta hipóteses funcionais
- Estrutura intervenções graduais
- Sustenta decisões éticas

Ela pode ser aplicada pontualmente, mas ganha potência quando organiza o raciocínio clínico como um todo.

Integração com a TCC tradicional

A ARR não se opõe à Terapia Cognitivo-Comportamental. Ela expande seu alcance clínico.

Pontos de integração:

- Pensamentos automáticos passam a ser compreendidos como antecipações relacionais
- Crenças centrais tornam-se mapas de risco vincular
- Comportamentos deixam de ser apenas respostas emocionais e passam a ser ações regulatórias sobre o outro

A ARR é especialmente útil quando:

- A reestruturação cognitiva não produz mudança comportamental
- O paciente “entende, mas repete”
- Há forte ativação interpessoal

Nesse contexto, a ARR atua como ponte entre cognição, emoção e vínculo.

Integração com Terapia do Esquema

A afinidade entre ARR e Terapia do Esquema é estrutural.

A ARR dialoga diretamente com:

- Esquemas de abandono, defeituosidade, subjugação, desconfiança
- Modos de enfrentamento (hipercompensação, evitação, rendição)

A diferença central é operacional:

- A Terapia do Esquema descreve estruturas internas
- A ARR analisa funções relacionais em ação

Na prática, a ARR pode ser usada para:

- Identificar esquemas ativos no momento exato em que regulam o vínculo
- Traduzir modos em comportamentos observáveis
- Planejar intervenções mais precisas e menos confrontativas

Diálogo com modelos baseados em apego

A ARR se ancora conceitualmente na teoria do apego, mas evita dois riscos comuns:

1. Transformar apego em rótulo identitário
2. Explicar tudo pelo passado

A ARR utiliza o apego como:

- Mapa funcional, não como destino
- Organizador de estratégias, não como diagnóstico

O foco permanece no presente:

“O que este comportamento tenta regular agora, com esta pessoa?”

O que a ARR não pretende ser

Para manter rigor clínico, é fundamental delimitar o que a ARR não propõe.

A ARR:

- Não substitui manejo de risco em quadros graves
- Não dispensa intervenções psiquiátricas quando indicadas
- Não justifica comportamentos prejudiciais
- Não romantiza sofrimento relacional

Em casos de alto risco (especialmente com adolescentes), a ARR deve ser aplicada em paralelo a protocolos claros de segurança, rede de apoio e intervenções estruturadas.

Limites clínicos da ARR

A ARR não é igualmente indicada para todos os contextos.

Ela tende a ter menor eficácia quando:

- O paciente está em estado psicótico ativo
- Há comprometimento cognitivo grave
- O vínculo terapêutico não pode ser minimamente estabelecido
- O terapeuta evita ou teme trabalhar processos relacionais

Além disso, a ARR exige do terapeuta:

- Tolerância à ambiguidade
- Capacidade de sustentar afetos intensos
- Clareza ética sobre limites
- Supervisão clínica consistente

Não é um modelo de aplicação mecânica.

Implicações éticas

Ao trabalhar diretamente com regulação relacional, a ARR exige alta responsabilidade ética.

O terapeuta deve:

- Reconhecer a assimetria da relação
- Evitar reforçar dependência
- Nomear processos sem seduzir ou punir
- Manter limites claros e consistentes

A potência da ARR está justamente em não explorar o vínculo, mas em torná-lo consciente.

A ARR como linguagem clínica

Uma das maiores contribuições da ARR é oferecer uma linguagem clínica não moralizante para comportamentos tradicionalmente vistos como difíceis:

- Controle
- Ciúme
- Dependência
- Afastamento

- Sofrimento intenso

Ao invés de:

“Isso é errado”

A ARR propõe:

“Isso funciona — mas a um custo alto. Vamos olhar juntos?”

Essa mudança de linguagem transforma a aliança terapêutica.

Caminhos de pesquisa e desenvolvimento

A ARR abre múltiplas possibilidades de investigação:

- Estudos de processo terapêutico
- Operacionalização de padrões de regulação relacional
- Comparação com intervenções puramente emocionais
- Adaptação para adolescentes e casais
- Integração com medidas de apego e aliança terapêutica

Há também espaço para:

- Manuais clínicos
- Protocolos de formação
- Supervisão baseada em ARR
- Instrumentos de avaliação funcional relacional

O futuro da ARR

A ARR não propõe um novo “nome da moda” para antigos conceitos. Ela propõe um reposicionamento clínico:

tirar o paciente do lugar de falha emocional e colocá-lo no lugar de agente relacional tentando sobreviver.

Seu futuro depende menos de expansão conceitual e mais de uso clínico honesto, rigoroso e ético.

Se isso acontecer, a ARR pode ocupar um lugar claro: não como escola concorrente, mas como eixo transversal de leitura clínica.

Considerações finais

No fundo, a ARR parte de uma ideia simples e profundamente humana:

Quando o vínculo parece ameaçado, o comportamento fala.

Aprender a escutar essa linguagem — sem culpa, sem moralização, sem pressa de corrigir — é um dos atos mais potentes da clínica contemporânea.

Capítulo 11

ARR em Sessão: Um Guia Passo a Passo para Intervenção

Estruturação de sessões com ARR: do mapeamento à flexibilização

A Análise de Regulação Relacional (ARR) não exige sessões especiais nem setting diferenciado. Ela exige um eixo clínico claro.

Este capítulo apresenta uma estrutura progressiva de aplicação da ARR, organizada em fases, que podem ocorrer em uma única sessão, ao longo de várias sessões ou serem revisitadas ciclicamente.

O objetivo não é criar um protocolo rígido, mas oferecer ao terapeuta um mapa clínico confiável.

Visão geral do fluxo clínico da ARR

Uma sessão orientada pela ARR tende a seguir quatro grandes movimentos:

1. Ancoragem no comportamento
2. Mapeamento da função relacional
3. Acesso ao risco vincular
4. Flexibilização progressiva da estratégia

Nem toda sessão conterá todos os passos em profundidade. O terapeuta regula ritmo, profundidade e timing.

Fase 1 — Ancoragem no comportamento concreto

Objetivo clínico

Evitar abstração excessiva e trazer o trabalho para o nível funcional.

Perguntas-chave

- “O que aconteceu exatamente?”
- “O que você fez?”
- “Em que momento isso começou?”
- “Com quem?”

Princípios técnicos

- Trabalhar episódios específicos, não padrões vagos
- Descrever ações observáveis
- Evitar rótulos (“ciúme”, “dependência”, “frieza”)

Regra de ouro: Se outro terapeuta não conseguir visualizar a cena, o comportamento ainda está abstrato demais.

Fase 2 – Emoção consciente e impulso

Objetivo clínico

Criar aliança e reduzir defesas antes de avançar para o eixo relacional.

Perguntas-chave

- “O que você sentia naquele momento?”
- “O que parecia insuportável?”
- “Qual foi o impulso imediato?”

Aqui, o terapeuta não corrige a emoção. Ele valida o impacto subjetivo da situação.

Importante: Esta fase não é o foco final da ARR, mas prepara o terreno.

Fase 3 – Identificação do risco relacional percebido

Objetivo clínico

Deslocar o eixo da emoção para o vínculo ameaçado.

Pergunta central da ARR

“O que estava em risco na relação naquele momento?”

Outras variações:

- “O que você temia que acontecesse entre vocês?”
- “O que você estava tentando evitar na relação?”
- “O que ficaria desorganizado se você não agisse?”

Aqui surgem temas como:

- Abandono
- Invisibilidade
- Perda de controle
- Rejeição
- Invasão
- Substituibilidade

Este é um ponto de virada na sessão.

Fase 4 – Função relacional do comportamento

Objetivo clínico

Traduzir o comportamento como tentativa de regulação do outro.

Perguntas-chave

- “Quando você fez isso, o que mudou no outro?”
- “O que esse comportamento costuma provocar?”
- “O que ele tenta garantir?”

O terapeuta pode sintetizar:

“Então, quando você faz X, isso serve para Y na relação.”

Esse momento costuma gerar alívio clínico, porque:

- Reduz culpa
- Devolve lógica ao comportamento
- Fortalece a aliança

Fase 5 – Custo da estratégia atual

Objetivo clínico

Criar motivação real para mudança sem confronto moral.

Perguntas-chave

- “O que essa estratégia te custa?”
- “O que você perde ao regular a relação desse jeito?”
- “O que fica inviável quando isso acontece?”

Aqui o paciente começa a perceber que: a estratégia funciona — mas cobra um preço alto.

Sem esse passo, a mudança não se sustenta.

Fase 6 — A experiência evitada

Objetivo clínico

Acessar o que precisaria ser sentido/tolerado sem o comportamento.

Pergunta-chave

“Se você não fizesse isso, o que teria que suportar?”

Respostas comuns:

- Incerteza
- Silêncio
- Frustração
- Vulnerabilidade
- Risco de não resposta

A mudança começa aqui, não no comportamento.

Fase 7 — Construção de alternativas de regulação relacional

Objetivo clínico

Ampliar repertório, não impor maturidade.

O terapeuta ajuda o paciente a explorar:

- Pedidos mais diretos
- Espera tolerável
- Limites claros
- Aceitação de respostas imperfeitas

Sempre com a lógica:

“Como regular esse vínculo sem precisar desse custo todo?”

Fase 8 – Microexperimentos entre sessões

Objetivo clínico

Transformar insight em experiência.

Características dos experimentos ARR:

- Pequenos
- Específicos
- Com risco controlado
- Focados em sustentação, não em resultado

Exemplos:

- Não responder imediatamente
- Nomear uma necessidade uma vez
- Tolerar um silêncio
- Não explicar excessivamente

O sucesso é permanecer no vínculo, não “dar certo”.

Fase 9 – Revisão e ajuste

Na sessão seguinte, a pergunta não é: “Funcionou?”

Mas: “O que ficou difícil de sustentar?”

A ARR trata recaídas como dados clínicos, não como falhas.

Estrutura resumida de sessão ARR (checklist)

O terapeuta pode se orientar por este eixo interno:

1. Qual foi o comportamento?
2. Qual emoção apareceu?
3. Que vínculo estava em risco?
4. O que o comportamento tentou regular no outro?
5. O que aconteceria sem ele?
6. Qual o custo da estratégia atual?
7. Que alternativa começa a ser possível?
8. O que pode ser experimentado em pequeno grau?

ARR não é pressa — é precisão

Sessões orientadas pela ARR costumam ser:

- Menos confrontativas
- Mais profundas
- Emocionalmente exigentes
- Surpreendentemente organizadoras

O terapeuta não empurra o paciente para fora do padrão. Ele fica com o paciente no limite do padrão, até que algo novo se torne possível.

Capítulo 12

Medindo o Vínculo: Inventário de Regulação Relacional (IRR)

Inventário de Regulação Relacional (IRR): mensuração clínica dos padrões de vínculo

A Análise de Regulação Relacional (ARR) descreve como comportamentos não visam apenas aliviar estados internos, mas regular o outro e o vínculo.

Para que esse modelo avance além da formulação clínica e possa dialogar com pesquisa, supervisão e formação, torna-se necessário um instrumento que operacionalize suas dimensões centrais.

Este capítulo apresenta o Inventário de Regulação Relacional (IRR) – uma escala Likert desenvolvida para avaliar padrões de comportamento orientados à regulação do vínculo, e não da emoção.

1. Objetivo do IRR

O IRR tem como finalidade:

- Identificar estratégias predominantes de regulação relacional
- Mapear riscos vinculares percebidos
- Avaliar o nível de rigidez vs. flexibilidade dessas estratégias
- Auxiliar na formulação de caso em ARR
- Monitorar mudanças ao longo do processo terapêutico

O IRR não é instrumento diagnóstico. Trata-se de uma ferramenta clínica e dimensional.

2. Estrutura geral do instrumento

- **Formato:** escala Likert de 5 pontos
- **Tempo médio:** 8–12 minutos
- **Respondente:** autoaplicável (adolescentes ou adultos)
- **Âncora temporal:** “Na maioria das minhas relações importantes...”

Escala de resposta

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Nem concordo nem discordo
- 4 – Concordo
- 5 – Concordo totalmente

3. Dimensões teóricas avaliadas

O IRR avalia 5 dimensões centrais da regulação relacional, derivadas diretamente da ARR.

Dimensão 1 – Controle do outro (Regulação por previsibilidade)

Avalia o uso de comportamentos para reduzir incerteza relacional.

- 1. Preciso saber exatamente o que o outro sente por mim para ficar em paz.
- 2. Quando o outro muda de comportamento, fico desorganizado(a).
- 3. Faço perguntas repetidas para garantir que nada mudou na relação.
- 4. Prefiro conflito a não saber o que o outro está pensando.

Pontuação: soma dos itens.

Alta pontuação: padrão de controle/previsibilidade.

Baixa pontuação: maior tolerância à incerteza relacional.

Dimensão 2 – Apaziguamento e autoapagamento

Avalia estratégias de redução do risco de rejeição via agradar excessivo.

- 5. Evito dizer o que penso para não desagradar.

6. Costumo assumir a culpa para manter a relação.
7. Me adapto demais para não perder o outro.
8. Tenho dificuldade em colocar limites quando gosto de alguém.

Alta pontuação sugere regulação por submissão relacional.

Dimensão 3 – Retirada, silêncio e punição relacional

Avalia o uso de afastamento como estratégia de regulação do vínculo.

9. Quando me sinto ignorado(a), prefiro me afastar.
10. O silêncio é uma forma de mostrar que algo me machucou.
11. Sumir me dá sensação de controle da situação.
12. Espero que o outro perceba minha ausência.

Alta pontuação indica regulação por retirada/punição indireta.

Dimensão 4 – Intensificação para tornar a dor visível

Avalia comportamentos de amplificação do sofrimento como comunicação relacional.

13. Só me sinto visto(a) quando o outro percebe o quanto estou mal.
14. Preciso que o outro entenda minha dor para se importar.
15. Quando não sou acolhido(a), sinto vontade de intensificar meu sofrimento.
16. É difícil pedir ajuda diretamente.

Dimensão 5 – Flexibilidade de regulação relacional

Avalia a capacidade de sustentar o vínculo sem estratégias

extremas.

17. Consigo tolerar silêncio sem concluir que fui rejeitado(a).

18. Posso discordar sem medo de perder a relação.

19. Nem sempre preciso de resposta imediata para me sentir seguro(a).

20. Consigo pedir o que preciso de forma direta.

Alta pontuação = maior maturidade relacional

4. Sistema de pontuação

Cada dimensão é pontuada separadamente.

- Intervalo por dimensão
- 4 itens - pontuação mínima 4 / máxima 20

Interpretação clínica

- **4–8:** baixo uso da estratégia
- **9–14:** uso moderado / contextual
- **15–20:** padrão dominante de regulação relacional

5. Uso clínico do IRR em ARR

O IRR pode ser utilizado para:

- Abrir formulação de caso
- Psicoeducação (“isso não é defeito, é estratégia”)
- Monitorar mudança ao longo do tratamento
- Comparar contextos (parceiro, família, terapia)
- Supervisão clínica

Exemplo de devolutiva terapêutica:

“Percebe como você regula o vínculo principalmente por retirada? Vamos entender o que isso tenta proteger.”

6. Limitações e cuidados éticos

- O IRR não substitui entrevista clínica
- Não deve ser usado isoladamente
- Itens da Dimensão 4 exigem acolhimento e escuta qualificada
- Deve ser aplicado dentro de relação terapêutica estabelecida