

A PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS E DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: UM ESTUDO DE CASO

Jorgiana Baú Mena Barreto¹

Pricila Tobias²

RESUMO

Quando se fala em psicoterapia, refere-se a uma preparação técnica e a uma assimilação de conhecimentos teóricos e pessoais específicos de cada terapeuta e de cada paciente. A partir de tal preparação, terapeuta e paciente estão prontos para, juntos, reconstituírem as vivências deste, bem como reconstruírem cognitiva e emocionalmente a sua história pessoal. Neste estudo o enfoque da psicoterapia baseou-se na modalidade psicoterápica cognitivo-comportamental, com qual se buscou remover ou modificar sintomas existentes, corrigir padrões de comportamentos desadaptativos e promover o desenvolvimento da personalidade do paciente. Ela tem como objetivos ajudar a pessoa que busca psicoterapia a desenvolver um conhecimento abrangente e realista de si mesma, ajudar o paciente a desenvolver uma congruência ou coerência entre seus sentimentos, crenças e comportamentos, incentivar o paciente a enfrentar suas dificuldades, estimulando-o a persistir em seus esforços de enfrentamento e a perceber suas alternativas de funcionamento, as quais dependem de uma escolha pessoal. Nesse sentido, apresenta-se um caso clínico atendido na Clínica-Escola no qual se utilizaram para fins de tratamento os pressupostos teórico-metodológicos da psicoterapia cognitivo-comportamental; a queixa do paciente referia-se a dificuldades de relacionamento interpessoal, visto que no decorrer das sessões se percebeu uma melhora significativa em diversos aspectos da vida, embora o paciente ainda se encontre em processo psicoterapêutico. Palavras-chave: Psicoterapia cognitivo-comportamental. Estudo de caso. Relacionamento interpessoal. Habilidades sociais.

1 INTRODUÇÃO

Conforme Caminha e Habigzang (2003), a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem vários princípios norteadores, entre eles despertar no paciente um senso de cooperação e confiança, e considera, contrariando muitas concepções distorcidas, as emoções e o relacionamento terapêutico como valiosos instrumentos terapêuticos. A TCC foi desenvolvida, aprimorada e extensamente difundida na Europa e nos Estados Unidos nos últimos 20 anos. É caracterizada por ser muito bem estruturada, orientada ao momento presente, direcionada à resolução de problemas atuais e à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Achados clínicos conduzidos por meio de vários estudos muito bem controlados apoiam a eficácia dessa forma de tratamento. Atualmente essa forma de psicoterapia vem se impondo como o principal e mais eficaz tratamento psicológico para os transtornos emocionais.

Para uma melhor compreensão do método e das técnicas utilizadas nas sessões de psicoterapia realizadas durante todo o estágio, é indispensável que antes se reporte ao embasamento teórico subjacente à TCC. Para tanto, primeiramente dados gerais sobre a terapia comportamental e terapia cognitiva, como o histórico, serão levantados, buscando que esclarecimentos referentes ao surgimento da TCC sejam feitos.

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Neuropsicologia pela Universidade Luterana do Brasil; Professora no Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; jorgiana.bau@unoesc.edu.br

² Graduanda em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; pricilanaibotobias@gmail.com

2 ESTUDO DE CASO

O caso aqui descrito está relacionado a um paciente do sexo masculino, com 24 anos de idade, residente na Cidade de Joaçaba, SC. Atualmente, beneficiário do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em razão de uma deficiência mental leve ocasionada por complicações no parto (enforcamento com cordão umbilical). Atualmente mora sozinho em decorrência do falecimento da mãe há aproximadamente dois anos e o irmão estar residindo com a namorada. O pai reside em uma Cidade vizinha, Água Doce, SC, no entanto, o paciente tem pouco contato com ele, mas estão tentando a reaproximação. O paciente já estava em acompanhamento psicológico na Clínica Escola no ano 2016, procurou novamente atendimento psicológico no ano 2017 com a referida queixa: baixa autoestima, ansiedade, dificuldade de relacionamento interpessoal e luto em decorrência da morte da mãe.

Nas primeiras sessões já se pôde observar que o paciente poderia ter déficits de habilidades sociais, bem como dificuldade de relacionamento interpessoal, e que, corroborando as concepções de Dell Prette, demonstrava ter muitas crenças e pensamentos automáticos negativos, como não tenho boa conversa, por isso nenhuma menina se interessou por mim; não consigo iniciar conversações com pessoas; não sou bonito; e sinto-me triste por estar sozinho. Vale mencionar que o paciente demonstrou estar amplamente motivado para o processo psicoterápico, na medida em que realizou eficazmente todas as tarefas propostas, bem como não faltou em nenhuma sessão.

O objetivo principal da psicoterapia centrou-se em fortalecer a superação dos aspectos negativos apresentados pelo paciente, bem como fortalecimento de ego e da autoestima, visando, também, abordar aspectos referentes às habilidades sociais, objetivando um aprimoramento do seu desempenho social interpessoal. Na segunda sessão foi possível identificar, por meio da aplicação do instrumento Inventário de Habilidades Sociais (IHS), que o paciente necessitava de treinamento de habilidades sociais, principalmente nos fatores e itens mais críticos, como enfrentamento e autoafirmação com risco, conversação e desenvoltura social e autocontrole da agressividade.

Diante disso, na quarta sessão foi trabalhado com o paciente o autogerenciamento e ensaio comportamental, por meio da técnica *Balança Decisacional*, com o intuito de auxiliá-lo a pesar as vantagens e desvantagens de continuar no comportamento-problema e as vantagens e desvantagens de mudar esses comportamentos. Na quinta sessão houve o *Planejamento de atividades diárias e estabelecimento de rotina*, com o objetivo de descobrir atividades de domínio e prazer do paciente. Na sexta sessão foi trabalhado o *Manejo do tempo e a Lista de fixação de metas*; ambos têm como objetivo desenvolver no paciente a habilidade de manejar o tempo e estabelecer prioridades, como forma de reduzir seu tempo ocioso, possibilitando aumento da sensação de domínio em relação ao seu dia a dia e seus compromissos. Na sétima sessão foi aplicada a técnica de *Descoberta Guiada*; nesta técnica busca-se descobrir significados mais profundos com base na informação dada pelo paciente. Por exemplo, o que ele atribui, pensa e entende sobre a morte da mãe e o sentimento de passar o segundo dia das mães sem sua mãe. Na oitava sessão foi trabalhada a técnica do *Espelho e da Autoexpressão*, que tem como objetivo melhorar a conversação e desenvoltura social, bem como a autoestima. Na nona e na 10ª sessões foi aplicada a técnica do *Psicodrama – Aquecimento, Dramatização e Comentários*, com o intuito de fazer com que o paciente construa a sua própria história de vida. Na 11ª sessão ocorreu a *Catarse de Integração Psicodramática*, todas as formas de expressão que conduzem à purificação (efeito catártico) e ação espontânea, integrando-se ao Eu-papéis. Nessa sessão dramatizou-se a peça escrita pelo próprio paciente. Na dramatização o protagonista (paciente) dramatizou a história que ele escreveu, e a estagiária participou da dramatização como ego-auxiliar. Nos comentários, momento de partilha, o protagonista expressou o que viveu e como se sentiu contando a sua própria história.

Além das intervenções efetuadas se reconheceu a necessidade da realização da escuta das verbalizações do paciente a fim de reduzir seu nível de tristeza em relação à morte da mãe, pois ele ainda se encontra em processo de elaboração de luto. Vale ressaltar que esse processo é caracterizado como normal; não foram identificadas questões de luto complicadas no paciente.

3 A PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia comportamental converteu-se em um movimento visível no princípio dos anos 1960. É composta por diferentes conceitos teóricos, estratégias e técnicas, tendo seu início sustentado por muitos trabalhos, como, por exemplo, os de Pavlov, sobre o condicionamento clássico, os de Watson, sobre o comportamentalismo, os trabalhos de Thorndike, sobre a aprendizagem, e, obviamente, os de Skinner, sobre o condicionamento operante (CABALLO, 1996).

O pressuposto central da teoria comportamental é o de que um comportamento disfuncional foi aprendido e que pode ser desencadeado por sinais internos e externos associados a ele. A terapia comportamental auxilia o indivíduo a modificar a relação entre a situação que está criando dificuldade e a habitual reação emocional e comportamental que ele tem naquela circunstância, mediante a aprendizagem de uma nova modalidade de reação. A nova aprendizagem é conseguida por meio de técnicas apropriadas a cada caso.

Kazdin (1978 apud CABALLO, 1996, p. 11) já havia destacado há mais de uma década que as características mais sobressalentes dos terapeutas comportamentais são: uma ênfase nos determinantes atuais do comportamento, em vez de nos determinantes históricos; uma ênfase na mudança do comportamento manifesto como o principal critério pelo qual se avalia o tratamento; especificação do tratamento em termos objetivos, de modo que seja possível a réplica dele; confiança na investigação básica em Psicologia, com o objetivo de gerar hipóteses gerais sobre o tratamento e as técnicas terapêuticas específicas; e especificidade nas definições e explicações no tratamento e na medição.

Contemporaneamente, pode-se dizer que a terapia comportamental vai além da sua associação aos termos “estímulo” e “resposta” (E-R), visto que atualmente ela combina procedimentos verbais e de ação, assim como não faz uso de abordagens únicas, mas emprega métodos multidimensionais, enfatizando a responsabilidade tanto do terapeuta quanto do paciente. A terapia comportamental coloca sua ênfase nos determinantes atuais, embora de maneira alguma descarte os determinantes históricos, refletindo um enfoque de tratamento da disfunção clínica e do comportamento desadaptativo. Ela é um enfoque de solução de problemas, caracterizada por ser válida e confiável, visto que se baseia na ciência e nas investigações de laboratório, em que a mescla entre avaliação e intervenção possibilita seu progresso. É aplicável a todas as classes de transtornos de indivíduos, de situações ou lugares, mas não se pode considerar, de maneira alguma, que ela seja tida como um remédio total (CABALLO, 1996).

Cognição é um termo amplo que se refere ao conteúdo dos pensamentos e aos processos envolvidos no ato de pensar. Assim, são aspectos da cognição as maneiras de perceber e processar as informações, os mecanismos e conteúdos de memórias e lembranças, estratégias e atitudes na resolução de problemas. A terapia cognitiva tem suas origens em correntes filosóficas e em religiões antigas, como o estoicismo grego, o taoísmo e o budismo, que postulavam a influência das ideias sobre as emoções. Assim, a terapia cognitiva baseia-se no pressuposto teórico de que os afetos e os comportamentos de um indivíduo são determinados em grande medida pelo seu modo de estruturar o mundo. Isso quer dizer que a visão do mundo de uma pessoa influencia a forma como pensa, sente e age.

Conforme Beck et al. (1997), nossos pensamentos agem diretamente na forma como nos sentimos e agimos. Assim, uma das formas de melhorar nosso estado de humor é controlar nossos pensa-

mentos no sentido de que exerçam um efeito realista sobre a forma como nos sentimos perante nós mesmos, o mundo e nosso futuro (tríade cognitiva). A forma como percebemos e avaliamos os acontecimentos externos e internos a nós determinará a forma como nos sentiremos e, conseqüentemente, agiremos perante esses acontecimentos. Observando e descrevendo as emoções que sentimos e fazendo uma conexão entre o que sentimos e o que previamente a esses sentimentos pensamos, podemos buscar fazer uma avaliação realística de nossos pensamentos, para que, assim, confrontemos nossos pensamentos distorcidos e sentimentos desagradáveis gratuitos e os substituamos por pensamentos condizentes com a realidade.

A forma de enxergarmos o mundo determinará a forma como nos sentiremos e agiremos. Pensamentos distorcidos devem ser corrigidos e controlados, e pensamentos realistas que acarretam sentimentos desagradáveis devem ser submetidos a uma busca por solução de problemas. Nossas crenças, principais sistemas de avaliação da tríade cognitiva e mais profundamente arraigadas e previamente estabelecidas mediante aprendizado, determinam nossos pensamentos automáticos, pensamentos estes aos quais não fazemos nenhum tipo de avaliação realista, simplesmente os sentindo quando remetemos a algum estímulo que, de algum modo, faça parte do modelo que aprendemos previamente e estabelecemos a crença. “Não nos apercebemos dos pensamentos que direcionam nosso comportamento, porque nossas ações tornaram-se rotina. Entretanto, quando decidimos mudar ou aprender um novo comportamento, os pensamentos podem determinar se e como essa mudança ocorrerá.” (GREENBERGER; PADESKY, 1999, p. 25).

As técnicas psicoterápicas da terapia cognitiva auxiliam a identificar, avaliar, controlar e modificar as crenças que comandam a visão de mundo e que podem ser disfuncionais. Crenças são “certezas” que o indivíduo constrói por meio da experiência, e algumas podem condicionar sua vida, como, por exemplo: Tenho que ser perfeito, Sou um incapaz, O mundo é perigoso. “A forma como compreendemos nossos problemas tem um efeito em como lidamos com eles.” (GREENBERGER; PADESKY, 1999, p. 13).

A terapia cognitiva, conforme bem coloca Rangé (2001), é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, de prazo limitado, orientada para o problema, caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspecção, insight, teste de realidade e aprendizagem, visando aperfeiçoar discriminações e corrigir concepções equivocadas que se supõe basearem comportamentos, sentimentos e atitudes perturbadas. Na terapia cognitiva, terapeuta e paciente, em conjunto, estabelecem os objetivos da terapia, os sintomas-alvo a serem atacados, etc.

Ainda, para Greenberger e Padesky (1999), o terapeuta cognitivo deve fazer perguntas a respeito de cinco aspectos da vida do paciente: pensamentos (crenças, imagens, lembranças), estados de humor, comportamentos, reações físicas e ambientes (passado e presente), visto que as cinco áreas estão interligadas, e cada aspecto diferente da vida de uma pessoa influencia todos os outros. Pequenas mudanças em qualquer área podem acarretar mudanças nas demais.

Psicoterapia cognitivo-comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos. (RANGÉ, 2001, p. 35).

A denominada “revolução cognitiva”, como coloca Caballo (1996), iniciada, entre outros, com Mahoney e Beck, constituiu um grande marco na terapia comportamental, o que se pode dizer, por sua vez, que deu início à TCC, em certo sentido, uma junção entre a terapia comportamental e a terapia cognitiva. Desde seu surgimento, a TCC evoluiu muito e, atualmente, encontra-se como uma das abordagens

centrais em diversas áreas de atuação da Psicologia, tendo conquistado sua aceitação e admiração pelas práticas e resultados que produz e pela singularidade de seu enfoque.

Basicamente, a terapia cognitiva visa à identificação de pensamentos distorcidos, sua averiguação na realidade e a correção deles com um objetivo de maior magnitude, ou seja, a mudança de crenças disfuncionais que se encontram subjacentes a esses pensamentos distorcidos. Para isso, ela utiliza-se de diversas técnicas cognitivas, como reestruturação cognitiva, distração, parada do pensamento, etc. Já a terapia comportamental faz uso de princípios de aprendizagem, estabelecidos experimentalmente para enfraquecer e eliminar comportamentos inapropriados e mal-adaptativos. Diversas técnicas comportamentais são utilizadas, como exposição ao vivo, dessensibilização sistemática, exposição e prevenção de resposta, etc. Utiliza-se a expressão terapia cognitivo-comportamental para se designar a junção da terapia cognitiva e da terapia comportamental. Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a psicoterapia deverá atuar sobre os pensamentos deflagrados por uma dada situação estimulante, uma vez que tais pensamentos geram os sentimentos e os comportamentos que caracterizam a relação do indivíduo com o ambiente que o cerca.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso apresentado, utilizou-se a TCC em seu modelo clássico, ou seja, verificando pensamentos disfuncionais e questionando-os com o intuito de, aos poucos, flexibilizar as crenças mais presentes no paciente, desvalor e incapacidade. Com o tempo, aliando-se às estratégias cognitivas, intervém-se de forma comportamental, visto que, além de conseguir identificar seus pensamentos disfuncionais, é importante que o paciente tenha motivação para as demais atividades, não perdendo o foco da terapia.

O paciente apresentava dificuldades nos seus relacionamentos interpessoais, não conseguindo manter conversações, evitando estar em contato com seus amigos e colegas, pois se via como inferior a eles e acreditava que não gostavam dele. Com o decorrer do processo terapêutico, ele passou a ter mais contato com seus amigos, planejar sua rotina, cuidar da alimentação e da saúde e ter mais motivação para realizar atividades semanais. Esse fato demonstra o quanto o terapeuta tem de insistir com o paciente para que este não acabe entrando em um funcionamento característico de seu estado de humor.

Todo o processo de atendimento contou com a participação ativa do paciente, que aderiu ao tratamento, realizando tarefas e colocando em prática técnicas propostas. A aplicação das técnicas cognitivo-comportamentais proporcionou uma mudança no padrão de funcionamento desse paciente, visto que houve toda uma reestruturação cognitiva, com flexibilização de crenças centrais e aumento do repertório de estratégias de resolução de problemas. A efetividade da TCC para déficit de habilidades sociais é indiscutível, e esse caso clínico é consistente com os resultados já descritos a respeito dessa terapia. Porém, há um diferencial: esse atendimento foi realizado por uma estagiária sem experiência prévia e obteve êxito, demonstrando que a combinação de um paciente motivado com técnicas cognitivas e supervisão semanal pode resultar em melhorias rápidas e contínuas.

Além disso, as técnicas aqui utilizadas foram escolhidas de acordo com a evolução do paciente, não sendo seguidos protocolos de atendimento. Diante de cada relato do paciente e de como ele evoluía a cada semana, as técnicas foram sendo adaptadas conforme suas mudanças comportamentais e sua motivação. Essas mudanças, presenciadas no presente caso clínico, são gratificantes para a estagiária, visto que o paciente respondeu ao tratamento, obtendo melhoras significativas e nítidas, ou seja, o processo psicoterápico por si demonstrou ser efetivo, como descrito na literatura.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. et al. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Tradução Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Livraria Santos, 1996.

CAMINHA, R. M.; HABIGZANG, L. F. Avaliação Cognitivo-Comportamental: In: Caminha, R. M. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor**: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva**: transtornos psiquiátricos. São Paulo: Livro Pleno, 2001. v. 2.