

# Psicoterapias breves: dois estudos de caso numa perspectiva cognitivo-comportamental

ANÍBAL HENRIQUES \*

## 1. ESTUDO DE CASO: O PSICOTERAPEUTA

Ao iniciar, com alguma segurança, um processo terapêutico, o terapeuta cognitivo-comportamental está naturalmente em face de um processo «breve». O cliente provavelmente ouvi-lo-á afirmar: «julgo que poderá ultrapassar as suas dificuldades no espaço de 3-6 meses/6-12 meses»; «a maioria das pessoas resolve esse/s problema/s em x meses, mas cada uma tem o seu ritmo próprio e não podemos antecipar exactamente o tempo necessário». Um psicoterapeuta desta orientação não promove relações «longas», não promete nem procura «curas», privilegiando situações terapêuticas tipo «neuróticas», resolução de problemas/dificuldades interpessoais e crises existenciais. Viagens longas e mergulhos lentos no passado são exercícios duma aritmética normalmente desconhecida. Parte para cada desafio psicoterapêutico antecipando um tempo consonante com a sua auto-imagem de terapeuta activo e preciso nos objectivos que define. Nesta abordagem procura-se estimular uma postura igualmente activa e auto-responsabilizante por parte do cliente. Este, por sua vez, ou não tem ideia nenhuma do tempo necessário

para resolver o seu problema ou, como é frequente, espera melhorar em 5/6 sessões e estar recuperado em 8/10 sessões (1).

Na perspectiva do terapeuta, a terapia vai excessivamente breve quando o cliente encara a possibilidade do final apenas porque conseguiu alguma melhoria, os sintomas baixaram de frequência e intensidade, está ansioso por experimentar uma sensação de alívio financeiro e mental («já passaram 3-6-9-12 meses, já me sinto melhor, devo estar curado»), ou completou o tempo previamente estabelecido. Enfrenta então um momento crítico do processo, que põe em causa muitos dos valores em que acreditou e fez acreditar o seu consolente: na sua perspectiva o cliente fez poucas mudanças reais e ainda está em processo de auto-análise, descoberta pessoal e auto-confronto.

A continuar, a relação poderia ter levado o cliente a novas mudanças, a melhoramentos e consolidações: «Podemos ficar por aqui, você adquiriu alguma estabilidade e controlo sobre si próprio e as

---

\* Membro da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva. O autor agradece ao dr. Branco Vasco e dr.ª Alexandra M. Pinto os comentários e sugestões que gentilmente fizeram ao longo da elaboração deste texto.

---

(1) A duração média dos processos de psicoterapia que ocorrem na prática privada do autor (balanço de 5 anos), ronda os 5/6 meses, sendo o período mais frequente 3/4 meses, logo seguido de pequenos períodos de 1/2 meses — 6 a 10 sessões — e intervenções de crise. Processos de 8/9 meses acontecem com considerável frequência; períodos mais longos são excepções que nunca ultrapassaram os 12/24 meses. De referir que tanto a formação do autor, como o facto de não trabalhar em regime de convenção com serviços sociais públicos ou privados, introduzirá concerteza uma nota decisiva nos tempos de terapia praticados.

situações mas se continuar pode fazer novas aquisições e consolidar outras, promover o seu crescimento e satisfação pessoais». O psicoterapeuta pode experimentar a mesma sensação que um artista face ao seu objecto: «se interrompo agora, a obra estará completa?».

Frequentemente, ao terminar uma relação de 3-6-9 meses, o psicoterapeuta está seguro de objectivos que foram realmente alcançados e inseguro dos que apenas foram abordados. O cliente manifesta algumas «mestrias», alguns «copings» e algumas «resistências». E se, por vezes, o terapeuta acredita na auto-gestão psicológica entretanto promovida e desenvolvida — «talvez ele consiga dentro de algum tempo ultrapassar essas dificuldades» — outras suspeita estar realmente em face de um «dropout» mutuamente acordado.

Se por um lado, pode acontecer o problema ser resolvido rapidamente não necessitando o cliente de qualquer contacto posterior com o terapeuta, também são frequentes os telefonemas e as cartas manifestando interesse em recomeçar: «necessito de umas sessões, você faz-me falta, não ando muito bem», adiando indefinidamente uma data que não chega a ser acordada, ou marcando encontros esporádicos e aleatórios.

Assim se praticam terapias «breves». Um psicoterapeuta de orientação cognitivo-comportamental não o faz ingenuamente, ou como um simples processo de remoção de sintomas. Consciente dos riscos, das vantagens e desvantagens, procura negociar a duração do processo terapêutico previamente e durante o mesmo, a partir de coordenadas como as características do problema apresentado, as capacidades sócio-cognitivas do cliente, a sua motivação, a sua evolução ao longo do processo e, inclusivamente, através de um balanceamento entre disponibilidade financeira e nível/profundidade da mudança.

Tal psicoterapeuta também não avalia a profundidade e eficácia das suas intervenções apenas pela duração ou número de sessões, mas sobretudo pelas metodologias utilizadas, níveis de mudança alcançados e empenhamento activo, cognitivo e emocional do cliente. Assim sendo, um psicoterapeuta com boa preparação metodológica poderá acompanhar um cliente de elevado nível motivacional e intelectual num mergulho a grandes profundidades, num breve espaço de tempo. Ou seja, indivíduos com o mesmo quadro clínico manifesto,

desenvolvem ritmos diferenciados de resolução do problema; ritmos estes que determinam e são a razão própria da duração do processo psicoterapêutico.

As psicoterapias deveriam ser «viagens» construídas a dois, procurando-se previamente e durante o processo acordar o final. Mas este acordo nem sempre é fácil, resultando frequentemente em desencontros, viagens paralelas, terapias terminadas precocemente. Alguns clientes são mesmo muito «hábeis». Atente-se neste exemplo: com apenas 2 sessões, um cliente abandona o processo sob pretexto de momentaneamente «não se sentir em condições de continuar». Embora o problema não esteja (nem de longe) resolvido, adia os encontros por tempo indeterminado, mas 5 meses mais tarde surge ao telefone com a boa notícia da resolução do mesmo.

Cliente: «Você ajudou-me muito e quero agradecer-lhe!»

Terapeuta: «Mas conte-me lá, como é que conseguiu?»

Cliente: «Pensava em si nos momentos mais difíceis: se o dr. aqui estivesse o que é que me diria?»

Assim, o tempo de terapia se vê prolongado: as duas sessões que o terapeuta contabilizou num espaço de duas semanas traduziram-se afinal em 5 meses de mudanças. Seguindo este raciocínio, o «efeito residual» das psicoterapias vai transformar o tempo «real» das mesmas, e há que contar com ele.

Quando ao psicoterapeuta, e eventualmente ao cliente, repugna estabelecer relações de dependência, eles optam por breves períodos terapêuticos intervalados por pausas distanciantes e autonomizantes. Desta forma se flexibiliza o processo, e se valoriza o estatuto epistémico do cliente. Estamos então em face de uma sequência de «breves» terapias ou pelo contrário de uma terapia «longa»?

## 2. ESTUDO DE CASO: ANSIEDADE SOCIAL

Sujeito do sexo masculino (2), 30 anos, casado há 11, com uma filha de 10 anos. Problema apresentado: Ansiedade Social («fobia»).

---

(2) Seguimos o protocolo da APA (American Psychological Association) no que respeita a estudos de caso, protegendo a identidade do cliente e mudando dados pertinentes para a sua identificação como ocupação, ocupação do cônjuge, etc.

No contacto inicial mostra-se inseguro e constrangido, e desenvolve um esforço para ser simpático e claro na descrição que faz do seu problema: sempre se considerou «uma pessoa alegre, espontânea, afirmativa», sendo muito solicitado pelos outros para «animar a festa», dado o seu à vontade e humor, para o que contribuía certamente o seu hábito de beber. No entanto, quando há 4 anos atrás perde um lugar de chefia, atribui o sucedido à sua imagem de descontracção, e decide cortar radicalmente com o álcool e transformar-se numa pessoa mais ponderada — «comecei a autocriticar-me — tu és um palhaço! Estás sempre com larachas. Vê lá se dás um ar mais sério — porque tinha perdido um lugar de chefia devido a essa ideia que tinham de mim, de um tipo brincalhão e irresponsável».

Desde então começa a sentir-se «inseguro, receoso, inibido, tenso», e aos poucos foi-se isolando. O problema agrava-se progressivamente, surgindo pela primeira vez manifestações ansiosas acentuadas quando se encontra em restaurantes, quer esteja só ou acompanhado: nota que as mãos tremem ao ponto de não conseguir comer. A partir de então constrói estados depressivos que procura combater tomando antidepressivos e ansiolíticos. Estes depressa deixam de produzir melhorias e a sua sintomatologia sofre um agravamento progressivo: evita todas as situações sociais e receia que os tremores aconteçam também no trabalho, o que seria catastrófico face às tarefas de motricidade fina que executa. Suspeitando da natureza meramente psicológica do problema, procura ajuda por iniciativa própria.

O cliente revela-se, desde as primeiras sessões, colaborador e activo no esforço de compreensão da sua mudança. Na análise da perturbação, na busca de acontecimentos desencadeadores, na avaliação dos seus estados psicológicos dos últimos anos, mostra-se capaz de trabalhar, a partir dos sintomas de ansiedade social, outras dimensões aparentemente menos suspeitas e promover mudanças na forma como se relaciona consigo e com os outros.

Em face desta atitude auto-exploratória e auto-compreensiva, a intervenção consistiu inicialmente num conjunto de sessões em que se procurou analisar a forma como o cliente encarava a aparente contradição entre as suas duas facetas: a de «bobo da festa» versus a de tímido. Assim se pretendeu promover o entendimento desse conflito desequilibrante como um impasse no processo de crescimento e mudança que, na verdade, tinha imposto a si próprio.

Na fase seguinte da intervenção procurou-se corrigir o estilo autocrítico exagerado do cliente, a sua dependência dos outros, a sua ideia «irracional» de que só gostariam dele enquanto pessoa alegre — «transformei-me num sujeito calado e fechado; os outros notam e isso incomoda-me mais, fazendo-me sentir medo e até pavor; ali estou calado, digo só o essencial: sou a pior nódoa que pode cair num pano!» Neste sentido desenvolvemos uma abordagem tipo «terapia racional-emotiva» (RET) (Ellis, 1962; Ellis e Grieger, 1977; Ellis e Bernard, 1985) acompanhada de um treino de auto-afirmação de direitos pessoais (Jakubowski e Lange, 1978; Lange e Jakubowski, 1976) e reactivação de actividades sociais (Beck et al., 1979), promotores da sua auto-imagem e auto-estima.

Paralelamente, nesta fase o cliente aprendeu a lidar com a ansiedade, através de estratégias de relaxamento (Goldfried e Davison, 1976), estratégias de focagem e diversificação da atenção (Jasin, 1983; Turk et al., 1983), e controlo de estímulos alimentares. Fomentaram-se, em consonância, atitudes de distanciamento e observação do sintoma, através de auto-registos (Thorensen e Mahoney, 1974) e intenção paradoxal (Frankl, 1985), esta última permitindo-lhe uma primeira percepção de controlo. Na oitava sessão o cliente afirmava: «já me sinto muito melhor, nunca mais tremi das mãos, mas quero continuar, perceber bem o que se passou comigo».

O processo evoluiu ao longo de 7 meses, num total de 18 sessões, trabalhando em períodos semanais, quinzenais e por fim mensais, e com sessões de 45/60 minutos. O cliente foi progressivamente adquirindo um controlo satisfatório dos seus níveis de ansiedade bem como uma melhor gestão dos seus estados de humor face aos outros. Era agora uma pessoa por vezes bem disposta e extrovertida, outras mais ponderada e reservada. Aprendera a discriminar as situações em que era conveniente ser uma coisa ou outra.

Assim conseguia um compromisso entre a sua imagem passada, a que afinal ainda se sentia ligado, e o seu desejo de ser alguém responsável e respeitado — «nunca me senti tão bem como agora, dantes eu brincava mas disfarçava muita insegurança, agora brinco porque me apetece mesmo, e só o faço quando eu quero».

Embora o processo pudesse ter terminado por altura da oitava sessão viu que as melhorias sintomáticas do cliente eram acentuadas, decidiu-se conjuntamente pelo prolongamento do mesmo

através da implementação e aprofundamento das técnicas até então utilizadas, essencialmente aquelas tendentes à modificação do sistema de crenças e significações (teorias do self e do mundo, Guidano e Liotti, 1983) do cliente. Assim, alcançámos uma situação de «equilíbrio majorante» (Joyce-Moniz, 1985), ou seja, não só um cliente livre de queixas sintomáticas manifestas (o que se verificava por volta da oitava sessão) mas também alguém que ultrapassou (integrando) contradições associadas à sua identidade e à articulação desta com os outros e o meio circundante. Uma pessoa ciente de si própria e capaz de gerir de forma auto-determinada as suas contradições, através de uma optimização do «manuseamento» das suas cognições, afectos e comportamentos.

### 3. REFLEXÕES FINAIS

Numa abordagem cognitivo-comportamental preparamos o cliente, através de uma análise das suas expectativas face ao processo terapêutico, para o tipo de intervenção que antecipamos implementar, no sentido de promover a sua colaboração quer a nível da actividade durante o processo (neste tipo de terapia é essencial que o cliente compreenda desde o início que é um agente activo e co-responsável pela mudança) quer na ênfase dada a este ou aquele aspecto da sua queixa, com óbvias consequências a nível da duração do processo (esta duração é fruto de um acordo explícito entre terapeuta e cliente).

Assim, o terapeuta pode escolher abordar directamente as queixas apresentadas pelo cliente, por exemplo trabalhando os mecanismos de confronto da ansiedade, programando actividades sociais, desenvolvendo capacidades de comunicação e auto-afirmação, etc..

Pelo contrário, poderá focar as estruturas e significações subjacentes ou associadas à queixa, de modo a facilitar a análise de insatisfações e correcções possíveis e a compreensão de dimensões pessoais até aí insuspeitas ou confusas, nomeadamente a forma como constrói a sua auto-imagem e auto-estima, como entende o seu próprio crescimento ou mudanças pessoais, etc..

Nesta escolha, sempre que possível feita a dois, está em causa o tipo e duração da terapia. A questão

equaciona-se: modificar o sintoma e esperar que esta modificação arraste ou não consigo outras de nível talvez mais profundo, versus mudar formas de pensar e agir, a fim de que o sintoma ele próprio se dilua. Isto é, duma abordagem essencialmente comportamental a uma abordagem essencialmente cognitivo-comportamental. Da integração e desequilíbrio entre estas duas abordagens resultam processos distintos, quer na duração, quer nos resultados alcançados. Na opinião do autor, para que o processo seja conduzido beneficemente é preciso oferecer ao cliente algum alívio, a sensação do controlo possível, sem contudo lhe facilitar a ilusão de que está «curado» ou cumprida a tarefa terapêutica. Promover no cliente a mera recuperação do seu equilíbrio anterior à perturbação seria retirar à crise ou à queixa o seu valor como factor de crescimento pessoal. É necessário que ele tolere estar desconfortável e em desequilíbrio para beneficiar do esforço de reequilíbrio. Quanto mais «mágico» for o processo terapêutico menos crescimento epistemológico permitiremos ao cliente, dificultando-lhe assim o acesso à sua autonomia epistemológica ou seja, o tornar-se o terapeuta de si próprio (Baptista e Vasco, neste número: Vasco et al., 1985).

### REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, T. V. & VASCO, A. J. (1987) — *Terapias breves numa perspectiva cognitivo-comportamental*. Comunicação apresentada no Simpósio sobre Psicoterapias Breves, Lisboa.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1979) — *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- ELLIS, A. (1962) — *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, New Jersey: Citadel Press.
- ELLIS, A. & BERNARD, M. (1986) — *Clinical applications of RET*. New York: Plenum Press.
- ELLIS, A. & GRIEGER, R. (1977) — *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- FRANKL, V. E. (1985) — Logos, paradox, and search for meaning. Em M. J. MAHONEY & A. FREEMAN (Eds.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.

- GOLDFRIED, M. R. & DAVISON, G. C. (1976) — *Clinical behavior therapy*. Holt, Rinehart and Winston.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (1983) — *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- JAKUBOWSKY, P. & LANGE, A. J. (1978) — *The assertive option: your rights and responsibilities*. Champaign, 111: Research Press Company.
- JASIN, S. (1983) — Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia in groups. In FREEMAN, A. (Ed.). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985) — Epistemological therapy and constructivism. In M. J. MAHONEY & A. FREEMAN (Eds.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- LANGE, A. J. & JAKUBOWSKY, P. (1976) — *Responsible assertive behavior*. Research Press.
- THORENSEN, C. E. & MAHONEY, M. J. (1974) — *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- TURK, D. C., MEICHENBAUM, D. & GENEST, M. (1974) — *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- VASCO, A. B., HENRIQUES, A. P., SANTOS, M. C. (1986) — Fundamentos teóricos, formação e

implantação institucional da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (APTCC). *Journal de Psicologia*, 5, 2, 21-27.

## RESUMO

*O autor pretende situar-se no contexto do que tradicionalmente se consideram psicoterapias «breves», analisando algumas das suas satisfações, insatisfações e dúvidas quanto aos processos terapêuticos que desenvolve nos limites de um tempo considerado «breve». Procura clarificar a atitude do psicoterapeuta de orientação cognitivo-comportamental face à gestão de tempos terapêuticos, quer através do seu caso próprio, quer da análise de um estudo de caso, chamando a atenção para momentos críticos do processo de tomada de decisão quanto à duração e alcance da psicoterapia.*

## ABSTRACT

*The author, a cognitive-behavioral psychotherapist, manifests some of his satisfactions, unsatisfactions and doubts in the context of the so called «Brief-Psychotherapy» developed in his private-practice. Trying to clarify his attitudes toward brief processes, the author presents a case study which illustrates the time-limiting and decision-making strategies used in the course of therapy.*