

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **A TERAPIA BREVE ORIENTADA PARA SOLUÇÕES (TBOS): UM CASO DE SUCESSO, COM DIAGNÓSTICO DE BIPOLARIDADE**

Leda Brito Fernandes<sup>1</sup> (✉ leda.brito.fernandes@gmail.com)

<sup>1</sup> Psicóloga no Agrupamento do Fundão e na Escola Secundária Campos Melo, Portugal

A Terapia Breve Orientada para Soluções surgiu nos Estados Unidos, por volta da década de 80, com os estudos de Steve de Shazer, Insoo Kim Berg e equipa do *Brief Family Therapy Center* de Milwaukee, tendo como base o trabalho sistémico desenvolvido por o *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto (Fisch, Weakland, & Segal, 1984), os trabalhos (relatos clínicos) de Milton H. Erickson e o pensamento pós-moderno.

O modelo do MRI focaliza o comportamento, a TBOS enfatiza a cognição, o modelo do MRI examina as tentativas falhadas de resolver o problema, a TBOS explora as exceções.

### **PRESSUPOSTOS TEÓRICOS**

Uma característica da Terapia Breve Orientada para as Soluções centra-se no interesse da exploração, construção e implementação de soluções, em detrimento da investigação dos problemas. É importante conhecer o que preocupa o cliente para compreender qual a mudança que este pretende realizar na sua vida. Contudo, Jong e Berg (2008) referem que em alguns casos se pode iniciar a terapia falando das soluções, saltando a fase inicial da identificação do problema.

Shazer (1988) apresenta três premissas básicas que guiam a Terapia Breve Orientada para as Soluções:

*“Se não está partido, não consertar”* – Até os problemas mais críticos e prolongados no tempo possuem períodos onde a disfunção ou o sintoma se encontram consideravelmente reduzidos.

*“Assim que se perceber o que funciona, fazer mais do mesmo”* – A partir do momento que a exceção ao problema for observada e as competências do cliente forem reveladas, o cliente/família é encorajado a continuar o comportamento, ou seja, a “fazer mais do mesmo”. Assim, o ciclo vicioso de disfunção inicial pode transformar-se num ciclo de auto reforço bem-sucedido.

*“Se não funciona, não repetir; fazer algo diferente”* – O objetivo central será a construção de um padrão alternativo, de forma a alcançar efeitos e resultados mais positivos e menos disfuncionais.

## PRÁTICA CLÍNICA

Como explanado anteriormente, Shazer (1985) propõe um modelo de terapia cuja intenção é possibilitar que o processo terapêutico possa ocorrer de um modo mais breve possível, num esforço conjunto de cliente e terapeuta, guiados por metas claras e bem estabelecidas e que, por meio da utilização das ferramentas técnicas propostas e dos recursos trazidos pelo próprio cliente, este possa construir uma vida que considere mais satisfatória.

## ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

O estabelecimento de objetivos além da como finalidade de avaliação dos resultados posteriormente, tem em si, um efeito terapêutico (Beyebach & Morejón, 1993). Um dos efeitos terapêuticos são os objetivos converterem-se em facilitadores da ação, uma vez que o cliente propõe-se alcançar uma meta, e compara o seu estado atual com o que inicialmente se propôs. Assim sendo, uma série de tendências auto-reativas que

facilitam orientações e direção escolhida, e que o terapeuta validou. Contudo, para que se produza este efeito facilitador, os objetivos devem ter determinadas características (Beyebach & Morejón, 1993). O papel do terapeuta é ajudá-lo a estabelecer que repercussões práticas irão ter essa “maior felicidade”: O que fará diferente? O terapeuta define sugere os objetivos, mas assegura-se que as metas que o cliente apresenta não são demasiado altas, isto é, não sugere sobre o tipo de metas, mas sobre o tamanho destas. Por último, devem ser formulados pela positiva, isto é, questiona-se “algo que possa acontecer mais...” em vez de “algo que deixará de acontecer” ou “presença de algo”, em vez de “ausência de algo”.

## QUESTÃO EXCEÇÃO

Quando o cliente e o terapeuta identificam claramente o problema, a conversa prossegue centrando-se nas exceções. O terapeuta solicita ao cliente que identifique as exceções e realiza um questionamento cuidadoso sobre todos os aspectos relacionados com estas: Onde está? Com quem? O que faz? “O que pensa durante as situações?” (Jong & Berg, 2008). Uma questão para explorar a existência de exceções poderia ser “Existem ocasiões em que o problema não ocorre, ou ocorre com menor frequência?”.

## PERGUNTA MILAGRE

Por vezes, o cliente não tem uma “visão da vida sem o problema” (Shazer, 1988). Assim, uma parte essencial deste modelo é a identificação de “onde o cliente pretende chegar”, utilizando a pergunta Milagre. Esta pergunta convida o cliente a imaginar o que seria diferente se o problema estivesse solucionado. Jong e Berg (2008) enfatizam a importância de formular a pergunta Milagre com calma e preparando o cliente dizendo-lhe: “Tem boa imaginação? Vou fazer-lhe uma pergunta que requer muita imaginação...” ou “Vou fazer-lhe uma pergunta muito estranha. Sei que é estranha, logo não há respostas certas e erradas, use somente a sua

imaginação...”, prossegue-se formulando a pergunta da seguinte forma: “Suponha que durante a noite, enquanto está a dormir, aconteceu um milagre e este problema foi resolvido. De manhã quando acordasse como saberia que tinha existido um milagre? O que estaria diferente?” O terapeuta poderá continuar a questionar: “quem seria o primeiro a reparar que algo tinha acontecido?”. Estas questões posteriores são úteis por várias razões. Muitas vezes, quando temos um problema, não vemos alternativa. Como a pergunta Milagre é hipotética e não é “real”, permite que o cliente tenha a liberdade de imaginar um cenário livre do problema sem as suas ideias serem censuradas (Jong & Berg, 2008).

## QUESTÃO ESCALA

O terapeuta, traça uma linha vertical num papel e escreve o número 1 num extremo e o número 10 no outro extremo. No ponto 1 representa a presença do problema, no ponto 10 a ausência do problema. De seguida, solicita ao cliente que indique: “em que ponto está o problema presentemente?”, “Em que ponto esteve no seu pior momento?”, “Em que número teria que estar para sentir que as coisas estavam a melhorar?”. Trata-se de uma escala subjetiva com a qual o cliente pode avaliar, entre outras coisas, a intensidade do problema, o seu nível de esperança em que a situação mude, o progresso que fez desde a última sessão, o seu nível de satisfação e também perspectivar os esforços que são necessários para alcançar pequenas mudanças (Morejón & Beyebach, 1994).

## QUESTÕES DE *COPING*

As questões de coping exploram o modo como o cliente, em determinadas situações, é capaz de lidar eficazmente com o problema. O terapeuta pode formular as questões da seguinte forma: “Como é que ultrapassou esse período?”; “Quem foi o seu grande suporte? “Como resolveu o problema no passado?”.

## PROCESSO TERAPÊUTICO

A abordagem em Terapia Breve Orientada para as Soluções varia entre duas a dez sessões, dependendo do caso em terapia.

Outro aspeto relevante no processo terapêutico é a diferenciação relativamente ao tipo de clientes. No contexto da TBOS, Jong & Berg (2008) definem três tipos de clientes habitualmente identificados no início da terapia: os *visitantes*, que não reconhecem o problema e não estão disponíveis para negociar os objetivos terapêuticos; os *queixosos*, não percebem como sendo responsáveis pelo problema, clientes e terapeutas estão de acordo quanto à natureza do problema, mas os primeiros não se reconhecem a si próprios como parte da solução; e os *verdadeiros clientes*, indivíduos que apresentam uma queixa clara, estão motivados e têm objetivos pessoais, marcando uma relação em que terapeuta e cliente definem em conjunto o problema e negociam os objetivos terapêuticos.

## CONCEPTUALIZAÇÃO DO CASO MBC

### *Identificação do utente: MBC*

*Idade:* 55 anos; *Sexo:* Feminino

*Nível de Escolaridade:* Frequência do 2º ano de História, Universidade Livre.

*Nível socioeconómico:* Médio; *Profissão:* Arquivista.

*Diagnóstico psiquiátrico:* Perturbação bipolar não especificada. Apresenta critérios de diagnóstico para F31; *Situação clínica:* Internada na unidade 2, no dia 28/11/2014

*Terapêutica atual:* Gestão farmacológica, acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicológico, participação na reunião comunitária e no projeto transformação.

*Antecedentes clínicos:* Acompanhamento psiquiátrico desde os 25 anos.

*Intervenção:* Terapia Breve Orientada para Soluções e Modelos Integrativos

*Data da primeira consulta:* janeiro de 2015

*Data da última consulta:* fevereiro de 2015

*Número total de consultas:* 10, com a frequência de duas vezes por semana

*Registo do plano individual de intervenção*

*Objetivos gerais* – Melhorar a funcionalidade e diminuir a intensidade da sintomatologia ansiosa.

*Objetivos específicos* – Diminuir o fluxo da ansiedade moderada para ligeira em 4 semanas.

*Necessidades/problemas* – Dependência parcial nas atividades básicas da vida diária; ansiedade; potencialidade;

*Suporte social e familiar* – Acompanhamento em consultas de psicologia.

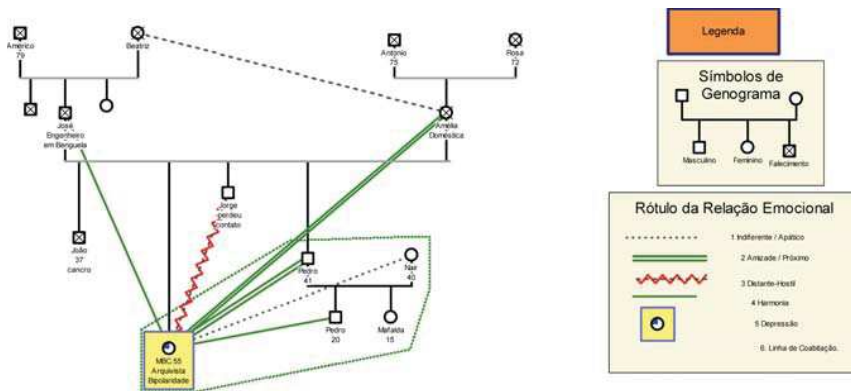


Figura 1. Genograma

*Informações gerais*

A Sra. MBC, 55 anos, é natural de Lisboa, solteira, sem filhos. Frequentou o 2º ano do curso de História na Universidade Livre. O pai faleceu, e, durante longos anos, foi cuidadora da mãe, que faleceu há dois anos, face a complicações de saúde, nomeadamente, diabetes. O irmão mais velho, faleceu com um cancro aos 37 anos. Antes de iniciar o tratamento, habitava com o irmão, cunhada e dois sobrinhos, constituindo o seu suporte nas atividades de vida diária. Atualmente, a nível profissional, a utente encontra-se de baixa médica, face às dificuldades em cumprir com as suas rotinas profissionais diárias.

A MBC tem uma relação de amizade e proximidade com um dos irmãos. No entanto, tem uma relação distante e de hostilidade com a cunhada,

apesar da ajuda que a mesma presta em momentos de crise. Tem uma boa relação com o sobrinho (ver Genograma).

Olhando para a qualidade das relações dos familiares mais próximos, podemos constatar que existe uma relação conflituosa e de distanciamento com outro irmão, conflito que remonta ao período de adolescência. Quanto às fronteiras geracionais, poder-se-ia falar de uma possível parentalização, ou inversão de papéis, em que o irmão mais novo, Pedro, assume o papel de tutor.

O pedido do internamento foi efetuado pela própria utente e pelo seu irmão, que é seu tutor.

#### *Motivo do internamento*

Ansiedade, anedonia, depressão, isolamento social e doença bipolar. Ficou internada para estabilização do quadro clínico. Refere sentir-se mais ansiosa ultimamente e com medo de sair de casa, porque as pessoas “podem fazer-lhe mal” (sic).

Na primeira semana de internamento apresentou alteração do padrão do sono e instabilidade de humor.

## RESUMO DAS SESSÕES

A utente apresentou humor estável, um contato sintónico e colaborante, postura descontraída, vestuário adequado para a sua idade e foi cordial. Relativamente à linguagem não-verbal, a senhora MBC teve um olhar observador e dirigido. Referiu que no passado, quando tinha cerca de 20 anos, teve acompanhamento psiquiátrico. Contudo, não quis aprofundar o assunto. As baixas médicas que usufruiu deveram-se à doença que interferia com o seu trabalho nas tarefas diárias.

Estas características relatadas pela senhora MBC demonstram uma limitação de recursos internos e de estratégias de coping disponíveis. No período de internamento teve poucas visitas. No entanto, a senhora MBC não demonstrou dificuldades relacionais.

Relativamente às preocupações apresentadas no funcionamento da sua personalidade, a utente salientou a sua elevada ansiedade, défice na capacidade de atenção, pouca memória, e o facto de, permanentemente, “escutar vozes”, salientando que não sabe como tem conseguido trabalhar tantos anos com esta enfermidade (sic).

Teve consciência da necessidade do seu internamento, tendo proferido: “Tenho-me sentindo muito sozinha aqui na clínica, e por isso, gostava de ter um acompanhamento psicológico”.

De acordo com o testemunho da própria, os vínculos maternos foram insuficientes, enquanto o pai aceitava as dificuldades vivenciadas pela filha. Este cenário conduziu a MBC, supostamente, a sucessivos distúrbios no contexto familiar, implicando o isolamento e predisposição para episódios depressivos, os quais interferiram nas relações com os outros.

Poder-se-ia dizer que esta família está marcada por fronteiras individuais, rígidas e impermeáveis, dificultando o processo de diferenciação e provocando cortes emocionais, deixando os membros sozinhos e desvinculados.

Quanto a problemas de saúde, a utente apresentou uma lista de sintomatologia, configurando a existência uma perturbação da personalidade acabando por prejudicar o seu funcionamento. A doença tornou-se um aspeto central na identidade e na autoimagem da pessoa.

*O transtorno da ansiedade, pode às vezes, ser precipitado por um stress da vida ou uma doença grave (DSM-V, 2014).*

Saltando no tempo, a senhora MBC refere que o que mais a preocupa são as alucinações: *“Oíço vozes: amanhã venho-te buscar. Tu és da vida. O que mais me preocupava não era ser bipolar e ter depressão crónica. Eram as alucinações. Ficava desnorteadada, não sei se era verdade ou se era mentira. Ficava assim...”*. Após este comentário, a utente verbalizou um pensamento ambivalente: *“Tenho complexo de ser bipolar. Eu tenho muito complexos. Sinto-me anormalzinha, uma anormal autêntica”*.

Quando confrontada com a pergunta (*na busca das exceções*), como era o seu dia, quando estava, digamos, estabilizada? Respondeu: *“Acordava, tomava banho, tomava ao pequeno-almoço e seguia para o trabalho, que transcorria normalmente. Arquivava ofícios e informações. Fazia a classificação de documentos. Tinha que arquivar cada documento, dentro de cada numeração correspondente. Se houvesse uma falha, por pequena*

*que fosse, estragava tudo. Portanto, era um trabalho de muita responsabilidade”.*

No seguimento de procurar *estabelecer objetivos alcançáveis* efetuei a seguinte questão: Quando a senhora receber alta e regressar a casa, e tiver momentos sem nada para fazer, como irá reagir? O que pretende fazer? Tendo respondido: *“Não sei. Tenho pensado em fazer um ateliê de pintura, gesso ou aquarelas. É uma coisa que eu gosto de fazer para me distrair”.*

Na última sessão e aproveitando o momento de descontração com a utente, recorri à *pergunta escala*, tendo questionado a utente:

LB Gosta de si?

MBC Eu gosto de mim;

LBF Senhora MBC, as suas respostas são contraditórias. Tanto afirma que é uma doente inútil, como afirma que gosta de si.

MBC Ah! Sim. Não presto por dentro, talvez pelo medo. Mas, gosto de mim por fora.

LBF Neste momento na escala de 0 a 10, em que número se enquadra?

MBC “No 7. Tenho-me sentido bem.”

## REFLEXÃO

A MBC não mostrou resistência ao longo do processo terapêutico.

É sabido que o espectro da doença bipolar abrange o humor, a cognição e a motricidade. Os episódios de depressão e manias podem apresentar características psicóticas (Figueira, 2014).

No caso em apreço, verifica-se que a senhora MBC, quando confrontada com alguns aspetos, como o motivo específico da consulta ou a causa que despoletou a doença, optou por uma postura de cliente queixoso (de Shazer, 1998), não os percecionando como responsáveis pelo problema que a conduziram à clínica.

A complexidade revelada pela utente permitiu analisar os motivos deste internamento numa perspetiva sistémica, visto o seu internamento ser consequência de múltiplos elementos: um individual (ansiedade, descompensação interna), familiar (perdas, fronteiras rígidas, conflitos, vinculações evitantes), profissional (poucas capacidades em resolver

questões relacionada ao trabalho), limitando a sua estabilidade clínica e condicionando, fortemente, a sua inserção social, profissional, e o desenvolvimento de um projeto de vida autónoma.

Tal situação leva-me a afirmar que o percurso da família e da própria MBC, derivarem de situações complexas, onde se acumulam eventos críticos não normativos dentro da vida familiar, como os sucessivos falecimentos, dando enfoque à morte prematura do irmão mais velho, e a doença crónica da própria.

O processo de recuperação na MBC é composto por variações assimétricas, com avanços e recuos. E isto acontece, porque é necessário, na minha opinião, que a senhora MBC seja integrada na sua vida, procurando um equilíbrio entre o controlo da doença e as restantes atividades que fazem parte integrante do seu quotidiano e da sua vida, nas quais se incluem crenças, valores, vivências e distintos recursos disponíveis. Se não houver controlo e equilíbrio nestes parâmetros, o mais certo é sobressaírem as emoções geradoras de stress, comportamentos disfuncionais e sofrimento.

Por tudo isto, esta experiência fez-me perceber que ainda existe muito por fazer com esta utente. Deve ser ajudada para que, juntos, consigamos cumprir o objetivo de controlar doença. A sinergia criada entre nós, durante as sessões, revelou-se uma mais-valia, possibilitando a valorização das queixas subjetivas, bem como a articulação da minha aprendizagem.

Sem pretensão de desvalorizar os tratamentos farmacológicos, sou de opinião que o tratamento clínico, de cariz psicoterapêutico, contribuiu para cimentar o processo de recuperação, autoestima e do bem-estar da senhora MBC.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beyebach, M., & Rodríguez Sánchez, M. S. A. (1993). El abordaje de la terapia de pareja desde el enfoque centrado en soluciones. In M. Garrido (Ed.), *Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy*. Salamanca: Universidad Pontificia.

- Clínica Psiquiátrica S. José (2013). *Memória anual do centro* [PDF]. Retirado de [http://www.irmashospitaispt/cpsj/attachments/article/91/2010%2010%20Memoria\\_CPSJ%20falta.pdf](http://www.irmashospitaispt/cpsj/attachments/article/91/2010%2010%20Memoria_CPSJ%20falta.pdf)
- De Jong, P., & Kim Berg, I. (2008). *Interviewing for solutions* (3<sup>rd</sup> ed.). Brooks/Cole.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass [Trad. Cast. *La táctica del cambio*]. Barcelona: Herder, 1984.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms in Family Assessment* (3<sup>rd</sup> ed.). Nova Iorque: Norton & Company.
- Nichols, M. (2007). *Terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011, 20 de abril). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2ª Série, 17931-17936. Retirado de [www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo\\_deontolaogico.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf)
- Wendt, N., & Crepaldi, M. A. (2007). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.