

A repercussão do trauma de abuso sexual infantil na adulez intermediária: estudo de caso

Marilisa Neto e Silva¹

Silvana Cristina Born²

Orientador(a): Prof^a Daniela Pereira Ribeiro³

Resumo: Este estudo de caso pretende apontar a influência da violência sexual vivenciada na infância sobre a saúde mental na fase adulta, mais precisamente sobre a fase chamada por muitos teóricos do ciclo vital como Adulez intermediária. O caso em questão é o de uma paciente não identificada que recebeu acompanhamento psicológico da pesquisadora em um serviço público de saúde mental. Esta paciente possui histórico de abuso sexual durante a vida, apresentava indícios de trauma e no momento presente está vivendo a fase da adulez intermediária. O objetivo geral deste trabalho consiste em descrever o caso a ser utilizado neste estudo, aplicando-o como base de análise para tentar esclarecer os efeitos devastadores do abuso sexual precoce nesta fase do desenvolvimento psicossocial humano. Os objetivos específicos consistem em esclarecer o conceito de trauma e sua relação direta com o abuso; estabelecer algumas comparações entre o que foi vivido na prática e os apontamentos da literatura; revisar conceitos correlacionados e, por fim, identificar estratégias que funcionam no processo psicoterapêutico deste perfil de demanda. Para compreender os fenômenos vivenciados com a paciente, utiliza-se como alicerce os conceitos de trauma, de psicoterapia – mais precisamente a psicoterapia orientada nos princípios da Teoria Cognitivo-Comportamental e avaliação psicológica. O método deste estudo é de caráter clínico-qualitativo, que enfoca nos sentimentos e comportamentos apresentados pelo paciente dentro do *setting* terapêutico. Os dados foram levantados a partir dos registros oficiais dos atendimentos clínicos. Também foi documentado neste estudo o desenvolvimento de uma parte do processo de psicoterapia cognitivo-comportamental com a paciente até o final da fase intermediária e quais foram os recursos utilizados para auxiliá-la neste contexto que se mostraram eficazes: a Escuta Empática, a Descoberta Guiada, os Treinos de Comunicação e Habilidades Sociais. Espera-se que este estudo abra precedentes para pesquisas futuras acerca do emprego de determinadas técnicas cognitivo-comportamentais como meios eficientes de auxílio no trato dos danos do trauma psicológico do abuso sexual sobre a cognição.

Palavras-chave: Trauma; Abuso sexual; Estudo de caso.

¹ Graduanda do curso de Psicologia, Cesuca- Faculdade Inedi. E-mail: marilisans.93@gmail.com.

² Orientadora, Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeirinha (CAPS II), Cachoeirinha, RS, Brasil. E-mail: silvanaborn@hotmail.com.

³ Docente do curso de Psicologia, Cesuca- Faculdade Inedi. E-mail: danielaribeiro@cesuca.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

Os casos de abuso sexual na infância surgem em evidência nos meios de comunicação com cada vez mais frequência e vem apresentando incidência cada vez maior. Conforme dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de estudos em escala mundial, há uma estimativa de que cerca de 150 milhões de crianças já sofreram algum tipo de abuso sexual, sendo 62% das meninas e 16% dos meninos até 18 anos (Silva *et al.*, 2016). Em seu estudo sobre o abuso sexual infantil, Pfeiffer & Salvagni (2005) definem esta situação como uma violação do espaço íntimo da criança, na qual é vista como um objeto desprovido de sensibilidade, de sentimentos e de personalidade, apenas para proporcionar satisfação sexual, muitas vezes sendo cometido por alguém mais velho do que ela e que detém algum tipo de poder de autoridade ou vantagem sobre a criança, como por exemplo, capacidade de percepção mais amadurecida, força física maior ou habilidade de persuasão mais desenvolvida. O abuso pode se caracterizar de muitas formas, através de carícias, manipulação das áreas genitais, exposição a situações de teor erótico, exploração sexual, relações sexuais com ou sem penetração, entre outras formas de manifestação deste tipo de violência.

Em geral, as consequências deste tipo de ato sobre a saúde mental podem ser devastadoramente profundas a curto, médio e longo prazo, ou permanentes. Uma destas consequências seria a chamada *vitimação sexual*, que é o trauma propriamente dito. Amazarray & Koller (1998) demonstraram em seu estudo que na vitimação sexual em crianças, manifestam-se em demasia o medo, tristeza, ansiedade, raiva, hostilidade, isolamento e comportamento sexual inapropriado. Também há considerável chance de surgir um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), pois é comum que nas vítimas esta disfunção apareça como uma consequência psicológica do abuso sexual. Já em mulheres adultas sexualmente abusadas quando crianças, manifestam: depressão, comportamento autodestrutivo, ansiedade intensa, sentimentos de desvalia e estigmatização, baixa autoestima, tendência à revitimação, abuso de substâncias e tentativa de suicídio. O esforço das vítimas em ocultar a ocorrência das situações de abuso - na maioria das vezes por estarem envolvidos pelo sentimento de vergonha combinado com o sentimento de culpa - tanto pode reforçar a chance de novas ocorrências do abuso quanto acaba por ajudar a endossar o tabu e a escassez de conscientização social em torno da violência sexual, em todas as faixas etárias.

Este estudo de caso pretende ressaltar o quão devastadora pode ser a violência sexual vivenciada na infância sobre a saúde mental na fase adulta, mais precisamente, na fase chamada por muitos teóricos do ciclo vital como Adulthood intermediária. O caso em questão corresponde a uma paciente adulta não identificada que recebeu acompanhamento psicológico da pesquisadora em um serviço público de saúde mental. Esta paciente possui histórico de abuso sexual durante a infância e juventude, apresentava indícios de trauma relacionado a ele nos atendimentos iniciais e, no momento presente, está vivendo a fase da adultez intermediária.

Salienta-se que o objetivo geral consiste em uma breve ilustração do caso da participante deste estudo, utilizando-o como referência para apontar os efeitos devastadores do abuso sexual precoce nesta fase tão expressiva do desenvolvimento psicossocial que é a do adulto na meia idade.

Quanto aos objetivos específicos, este texto visa esclarecer o conceito de trauma do ponto de vista do funcionamento psicoemocional da mente e sua relação direta com a situação de abuso sexual; estabelecer algumas comparações entre o que foi vivido na prática e os apontamentos da literatura e, por fim, revisar conceitos correlacionados. Para compreender os fenômenos vivenciados com a paciente, utiliza-se como alicerce os conceitos de trauma, de psicoterapia – mais precisamente a psicoterapia orientada nos princípios da Teoria Cognitivo-Comportamental – a fim de conectar a análise a uma referência teórica, do conceito de Adulthood intermediária e seu padrão de funcionamento e uma breve definição de avaliação psicológica como um importante instrumento para a construção do entendimento psicológico.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRAUMA

Em Souza (2015), o conceito de trauma é visto como uma ferida ou lesão que deixa cicatrizes, marcas. Às vezes profundas, às vezes superficiais. E assim é o trauma no funcionamento psicoemocional. De acordo com esta autora, um trauma nasce na ocorrência de situações extremamente dolorosas e sofridas para o indivíduo, a ponto da capacidade de processamento cognitivo do cérebro não conseguir tolerar nem enquadrar tal sofrimento em seu repertório de representação e ação (Souza, 2015). Em uma situação de violência sexual, é experimentada a sensação de dor e angústia, em um nível de sofrimento num grau máximo ou extremo. Tal sofrimento permanece marcado na memória da mente e também na memória do corpo.

Com isso, surge a exarcebação do medo, sentimento instintivo característico da percepção de perigo iminente à sobrevivência. Esse medo, chegando ao seu ápice, gera estresse instantâneo e muito intenso que pode desencadear um *blackout* cognitivo, crise de pânico ou um estado de choque. Este processo fenomenológico paralisante impede a estrutura mental de atribuir um significado mais organizado e funcional ao evento estressor, a qual chama-se de **resposta resiliente**. Sem a resposta resiliente, o medo e, em seguida, o estresse, permanecem muito marcados, embora gradualmente menos intensos. A cada ameaça ou perigo do evento estressor se repetir de maneira semelhante, eles são ativados para “relembrar” a agonia do sofrimento que foi vivido, como uma defesa, levando ao movimento de evitar que ela ocorra novamente (Souza, 2015). Este mecanismo de proteção se torna cada vez mais cristalizado, automático, e acaba sendo generalizado pelo indivíduo traumatizado para outras situações potencialmente desestruturantes. Assim como ele não flexibiliza o processamento de tais percepções, ele também não as supera pois associa a situação de abuso que instalou o trauma a quase todas as outras situações que vivencia, tendo relação ou não com o evento desencadeante.

Mattos em Souza (2015) traz uma interessante definição de resiliência que cabe aqui mencionar, sendo importante levar em conta. A resiliência consiste na capacidade humana de enfrentar as adversidades da vida, de buscar a superação das adversidades – ou seja, é absorver aprendizado adaptativo dessas adversidades acumulando ferramentas e estratégias mais saudáveis para lidar com elas - e, além disso, ser transformado positivamente por tal

enfrentamento no sentido de adquirir evolução pessoal. Um trauma de abuso sexual precoce geralmente compromete o desenvolvimento pleno desta habilidade pelo adulto.

2.2 ADULTEZ INTERMEDIÁRIA

A teoria do ciclo vital faz parte de um campo científico específico chamado de Psicologia do Desenvolvimento, que abrange seu estudo sobre os diversos aspectos biopsicossociais típicos e atípicos de todo o ciclo de vida humana e em cada uma de suas etapas, desde o desenvolvimento infantil ao desenvolvimento gerontológico, do nascimento até a morte.

A fase da Adulthood intermediária, também conhecida como meia idade, consiste em um período do desenvolvimento biológico, psicológico e social do adulto, que dura dos 40 aos 65 anos e faz parte da teoria do ciclo vital. É uma etapa da vida que pode ser caracterizada tanto por crises como por uma maior conservabilidade dos vínculos afetivos e da vivência do bem estar pessoal. Um trauma psicológico desenvolvido a partir de um episódio de abuso sexual na infância que avança sem intervenção até a fase adulta pode prejudicar muito as chances do indivíduo atravessar a meia idade de maneira saudável e satisfatória.

Consta na literatura científica que na meia idade naturalmente há uma certa deterioração das habilidades sensoriais, da saúde, do vigor e da destreza (Belsky, 2010). As mulheres chegam ao climatério, que é a perda da capacidade reprodutiva e o declínio hormonal; e também à menopausa, caracterizada pelo cessar da ovulação e por consequência, do ciclo menstrual. A maioria das habilidades mentais atinge o máximo; o conhecimento especializado e as habilidades de resolução de problemas são elevados (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Geralmente, estes indivíduos se encontram melhor estabelecidos na carreira, no relacionamento amoroso e nas suas percepções de vida. Em contrapartida, começam a buscar novos conhecimentos, novas atividades que lhe interessam e que acima de tudo lhe dão prazer.

Nesta fase do desenvolvimento, os papéis psicossociais mudam num paradoxo: dedicação profissional maior enquanto vida familiar e pessoal demandam menos; ou, mais tempo para as relações familiares e vida pessoal, e menos preocupação com os rumos da vida profissional e situação financeira. Notáveis teóricos da Psicologia como Carl Jung, em Motta & Paula (2005), ao observar seus pacientes nesta fase do desenvolvimento, verificou e defendeu que a energia psíquica do ser humano passa a buscar novos interesses, que o indivíduo se volta para dentro de si mesmo em busca da sensação de plenitude e de sentido para a sua vida. Jung definiu esta fase como um período de introversão, de realização do *self*.

A crise da meia idade também é uma das características mais conhecidas desta fase. Para Jung em Motta & Paula (2005), esta crise está diretamente relacionada ao processo de individuação. Na visão do autor, um processo de individuação bem-sucedido propicia uma psique cada vez mais consciente e equilibrada. Ao alcançar este equilíbrio, o indivíduo passa a direcionar suas energias homeostáticas a si mesmo (Motta & Paula, 2005).

Para Erik Erikson (1987), importante teórico do desenvolvimento humano, os indivíduos que vivenciam a fase da Adulthood intermediária podem deparar-se com um grande dilema existencial que ele nomeia como “*generatividade versus estagnação*”. Os adultos intermediários que tendem para a generatividade passam a se concentrar em tudo o que possam ter produzido ou vir a produzir, desde filhos até planos e objetos. Ele se dedica à criação e ao cuidado com o que gerou, o que é muito visível na transmissão dos valores morais e sociais de pais para filhos. A generatividade é o fenômeno de pensamento em que o ser humano sente que sua personalidade foi enriquecida, e não modificada, com tais ensinamentos. Isso acontece porque existe uma necessidade inata do ser humano de aprender e de transmitir o que aprendeu (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Um legado se torna uma forma de sentir-se vivo, de se fazer existir mesmo após a morte, de fazer valer todo o esforço de sua vida, de saber que há um pouco de si nos outros. Caso esta transmissão não ocorra, o indivíduo pode desenvolver tendência à estagnação, guiado pelo sentimento de que tudo o que fez e tudo o que construiu no decorrer da vida não valeu a pena, não teve um sentido, já que não há como dar prosseguimento a essas realizações, seja através de um filho, um cônjuge, um estudo ou um trabalho (Erikson, 1987).

A forma normalista de atravessar a fase da meia idade tem passado por inúmeras transformações ao longo das gerações. Até algumas décadas atrás, a forma saudável de viver esta fase era estando num casamento formalizado e criando filhos, principalmente para a mulher. Hoje, com mais possibilidades a refletir e escolher, as formas de viver a meia idade também se diversificam para ambos os sexos, de forma que as típicas características psicossociais desta fase podem ser vivenciadas em diversos estilos relacionais e em diferentes contextos sociais, não só na família (Papalia, Olds & Feldman, 2006). No entanto, em casos onde há histórico de abuso, a forma considerada saudável pelos autores de viver a meia idade pode não ser experienciada por algumas vítimas, a depender da dimensão da sua capacidade de resposta resiliente, um conceito de Souza (2016) acerca do trauma, conforme foi visto anteriormente.

2.3 ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Inicialmente, o modelo da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvido por Aaron Beck e colaboradores (Beck, 2013) em meados da década de 1960 baseado em conceitos teóricos importantes da Psicologia como o behaviorismo, a Psicologia Individual de Alfred Adler e a Teoria da Modelagem de Albert Bandura (Schultz & Schultz, 2015), com o objetivo de compreender a dinâmica da depressão e tratar os seus sintomas. Ele estruturou um modelo de psicoterapia mais voltado para o presente, estruturado e que pudesse dar conta de aliviar os sintomas comportamentais da depressão dentro de um determinado período de tempo de tratamento. Daí surgiu a terapia cognitivo-comportamental como uma abordagem terapêutica aplicável, não somente teórica. Quando se comprovou cientificamente a eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos quadros de depressão em todos os seus níveis (Beck & Alford, 2011), ela gradualmente passou a ter sua pesquisa e aplicação estendida a outros transtornos mentais como os transtornos de ansiedade (Beck & Clark, 2012), a esquizofrenia (Beck & cols., 2010), os transtornos de personalidade (Beck, Davis & Freeman, 2017), os transtornos alimentares (Duchesne & Freitas *In. Rangé*, 2011), a dependência química (Oliveira, Freire & Laranjeira *In. Rangé*, 2011), entre outros. Há ainda pesquisas científicas

que validaram sua eficácia em casos pontuais de ideação suicida (Marback & Pelisoli, 2014), trauma complexo (Tractenberg *et. al.*, 2016) e fobia específica (Araujo, 2011).

A TCC trabalha com a modificação da forma disfuncional de processar os desdobramentos da vida e constata que tais modificações geram a minimização ou extinção do seu sofrimento; e trabalha também com a ideia de que é preciso ensinar o usuário a ter uma postura mais ativa diante da vida (Rangé, 2011). A prática da TCC em terapia é centrada na busca de dados que possam confirmar ou não seus pensamentos, ao levantar de formas diferentes a interpretação da mesma realidade e na realização de uma avaliação mais exata das reais consequências das adversidades que podem ocorrer com qualquer pessoa (Rangé, 2011).

Um trauma desencadeia pensamentos disfuncionais persistentes, que por sua vez geram crenças distorcidas que prejudicam diretamente as emoções. Crenças distorcidas também levam a comportamentos desadaptativos, trazendo prejuízos notáveis na vida do indivíduo, principalmente no contato social (Tractenberg *et. al.*, 2016). A TCC dispõe de intervenções específicas como a Reestruturação Cognitiva para auxiliar o indivíduo com trauma psicológico a desmistificar tais crenças, são manejos que poderão levar a um funcionamento cognitivo mais adaptado à realidade e também possibilitar mais estabilidade nas reações emocionais.

Uma das principais autoras da TCC na atualidade, Beck (2013) ressalta que desenvolver competência como terapeuta cognitivo-comportamental implica significativo peso na eficácia do tratamento e pressupõe a proficiência do terapeuta em demonstrar empatia, interesse e competência para os pacientes, especialmente os que já foram vítimas de abuso sexual, a fim de transmitir-lhes segurança. Nestes casos, a psicoterapia orientada na TCC requer uma aliança terapêutica essencialmente sólida e segura, demandando do terapeuta cognitivo a habilidade de manejar elementos que Beck (2013) considera “básicos” e muito necessários para obter êxito nas relações terapêuticas: cordialidade, empatia, atenção, respeito genuíno e compromisso com a qualidade dos conhecimentos técnicos.

2.4 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica compreende uma ferramenta, elemento intrínseco no processo de qualquer tipo de psicoterapia. Portanto, com base no que dizem Gorenstein, Wang & Hungerbühler (2016), afirma-se que a avaliação psicológica de um modo geral pode ser entendida como um conjunto de instrumentos científicos e padronizados de mensuração, onde se busca “medir”, reunir evidências e analisar em caráter investigativo as características psíquicas do funcionamento do ser humano. Tais características incluem os aspectos emocionais, comportamentais, cognitivos, aspectos do desenvolvimento humano e também signos ligados a patologias que funcionam como um complemento de informações valiosas que ajudam a tornar o trabalho do psicólogo mais assertivo e eficiente.

Autores como Wright, Basco & Thase (2008) corroboram essa ideia na literatura científica afirmando que um plano de tratamento psicoterápico depende de uma formulação de caso minuciosamente integrada, e a mais detalhada possível, que inclua considerações cognitivo-comportamentais, biológicas, sociais e interpessoais. E nesse sentido, a avaliação

psicológica desempenha uma função complementar de investigação muito importante. Entretanto, não somente para detectar psicopatologias, a avaliação psicológica também possui recursos para mensurar o progresso do tratamento, a estabilidade ou a mudança. Nesta lógica, a avaliação psicológica possibilita a escolha da intervenção psicoterápica mais adequada para cada paciente.

3 METODOLOGIA

O método adotado é de caráter clínico-qualitativo, que enfoca nos sentimentos e comportamentos apresentados pelo paciente dentro do setting terapêutico. De acordo com Bolsson & Benetti (2011), nesta modalidade o terapeuta-pesquisador também está incluído como instrumento de pesquisa, utilizando-se da observação ativa, da ação e de suas interpretações teóricas para investigar o caso em estudo. Os dados também foram obtidos a partir dos registros dos atendimentos clínicos.

3.1 PARTICIPANTE E SUA DEMANDA

A paciente retratada neste estudo de caso é do sexo feminino, adulta, com idade de 59 anos e foi encaminhada para realizar seu tratamento psicológico em um serviço público de saúde da cidade de Cachoeirinha/RS após uma tentativa de suicídio. Solicitou psicoterapia individual para ajudá-la a diminuir sua ansiedade e depressão embora já realizasse um tratamento medicamentoso concomitante, prescrito trimestralmente por sua psiquiatra da mesma unidade de saúde. Mas seu objetivo principal é superar os “fantasmas” dos abusos sexuais que sofreu na infância e na adolescência - os abusos ocorreram mais de uma vez, e ela também informou ocorrência de estupro aos dezenove anos - pois achava que seu relacionamento conjugal estava sofrendo interferências desses “fantasmas”. Ninguém de sua família tem conhecimento desde fato, nem mesmo seu companheiro pois a paciente disse não ter coragem de falar sobre isto com eles. Relatou inclusive que havia dias em que ela não conseguia sair de casa em função da excessiva sensação de desânimo, de desamor e de sintomas somáticos como vômitos, agitação, dores na área intestinal, insônia, fadiga e tremores. Na época, a paciente alegou que não conseguia mais tolerar os toques íntimos de seu companheiro, já não sentia vontade de manter relações sexuais há várias semanas e que também não conseguia sentir prazer no ato masturbatório. Apontou que tem dificuldades em manter um relacionamento de amizade com os outros, ao qual ela atribui como um dos fatores causais a dificuldade em confiar. Ela também relatou que quando conseguia dormir, tinha pesadelos relacionados ao seu passado. Frequentemente as lembranças dessa experiência vem à tona em seu cotidiano e isso estaria perturbando seu sono.

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. Entrevista inicial e anamnese

A entrevista inicial foi semiestruturada, onde a paciente teve liberdade para expor sua dificuldade começando por onde quisesse. Foram feitas perguntas mais amplas, de modo que a paciente pudesse relatar ao máximo as suas questões. As primeiras perguntas serviriam para nos apresentarmos uma à outra, caso a paciente não falasse de sua dificuldade de imediato. Depois, foram feitas perguntas mais amplas sobre os motivos da paciente que a levaram a solicitar psicoterapia.

Na anamnese, as perguntas tinham o objetivo de promover uma interface entre o passado, o presente e a idealização de futuro da paciente, questões sobre seu histórico familiar e como se dão esses vínculos. Na realidade, buscou-se sempre, ao longo do processo de psicoterapia, formular perguntas amplas para que nelas haja reflexão também.

3.2.2. Técnicas cognitivo-comportamentais

As técnicas cognitivo-comportamentais constituem importante ferramenta de manejo no decorrer do processo psicoterapêutico. Embora exista o mito ainda predominante de que uma sessão de TCC seria superficial onde só se aplica técnicas, a base estrutural de psicoterapia da TCC é amplamente utilizada entre muitos profissionais da Psicologia em diferentes contextos, incluindo suas técnicas. O grande diferencial é justamente essa facilidade de adaptação das técnicas para uma variedade de contextos de atuação. Inclusive, a escolha e aplicação das técnicas a serem utilizadas depende muito da demanda que se traz, do ritmo de processamento cognitivo e da conceitualização de caso de cada paciente. No entanto, cabe salientar que as técnicas de manejo e intervenção na TCC são essenciais, mas não indispensáveis. Beck (2013) nos esclarece que as técnicas nada mais são do que estratégias terapêuticas eventualmente utilizadas como recursos que facilitam o entendimento do paciente e conseqüentemente sua resposta à terapia quando há dificuldade por parte deste de acompanhar e evoluir no processo por si.

Atualmente, reconhece-se a existência de cerca de 25 técnicas cognitivo-comportamentais diferentes, categorizadas e agrupadas por objetivo: Auto monitoramento, Disputa Racional, Reestruturação Cognitiva, Prevenção à Recaída, Resolução de Problemas, Inoculação do Estresse e Treinos de Habilidades Sociais.

4 DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

O processo psicoterapêutico parcial da paciente a que se refere este estudo de caso durou 8 meses. Foram realizadas 21 sessões semanalmente, com duração de 1 hora cada. Sistematizando de acordo com a orientação teórica que as embasou (Beck, 2013), a síntese geral das sessões será dividida em duas fases: sessões iniciais e sessões intermediárias.

4.1 SESSÕES INICIAIS

Nas primeiras sessões de psicoterapia, mais precisamente nas três primeiras, foi feito um acolhimento das necessidades, das dificuldades e do sofrimento da paciente. Esta acolhida se deu através da Escuta Empática combinada com uma entrevista não-diretiva, a fim de deixar a paciente livre para expressar seus pensamentos e para manifestar outros aspectos de sua personalidade, ao mesmo tempo em que acontecia uma avaliação psicológica do caso que ela trazia. Na anamnese, ela trouxe seu extenso relato de vida, seus sentimentos e pensamentos. Nas sessões que se sucederam, a paciente externalizou sua ansiedade e estado de estresse na sua fala. Então foi realizada com ela a técnica do treino de relaxamento através da respiração no *setting*, e inclusive, ensinou-se a ela como fazer este exercício fora dali e em outras circunstâncias. Também trabalhou-se com a paciente a sua dificuldade de comunicação com a família, uma vez que a depressão limitava sua iniciativa no relacionamento familiar e social. Ela sentia-se “sufocada” e até manifestava com a psicossomática essa necessidade de conversar sobre seus fantasmas originados pelo abuso precoce e pelo abandono dos pais biológicos na infância, então foi preciso incentivá-la a eleger um amigo ou familiar de confiança para compartilhar tudo isso, realizar treinos sozinha em frente ao espelho e realizar no *setting* um *role-play* adaptado como um treino de dessensibilização e habilidades sociais para que ela se sentisse mais segura e menos envergonhada. Estas intervenções se mostraram muito interessantes para ajudar a paciente em questão a superar essa dificuldade.

Dois encontros mais tarde, a paciente verbalizou que já conseguia confiar mais e conversar com alguns familiares sobre os abusos sexuais que sofreu sem sentir tanta vergonha e medo de possíveis julgamentos. E que isso a fazia se sentir melhor. Nesta mesma sessão, a paciente ainda trouxe algumas questões referentes aos abusos e ao estupro que sofreu, ao passo em que foi se dando conta do quanto as representações mentais desadaptativas destes acontecimentos “contaminaram” e ainda influenciam no seu modo de se relacionar com as pessoas. Crenças de que “as pessoas não são confiáveis”, “se eu não ceder, as pessoas deixam de me amar” e “preciso cuidar de tudo e todos para não ficar sozinha” estavam submersas e interferiam na vida da paciente de inúmeras formas. Assim, essas crenças também vieram à tona e a paciente finalmente desintoxicou-se das emoções negativas que elas traziam por meio do choro intenso na sessão, que simbolizou para a terapeuta o esperado vômito emocional, em vez do vômito fisiológico que a paciente vinha manifestando como sintoma psicossomático. O simples fato de tomar conhecimento e compreender tudo isso gerou visíveis mudanças na paciente, inclusive em sua apresentação pessoal. Passou a valorizar mais esse aspecto e, principalmente, reconheceu na prática o poder do diálogo como recurso amenizador dos conflitos e também como uma atitude potencialmente libertadora para ela. Disse que as crises de vômito e ataques de ansiedade noturnas cessaram desde então. Desde o início do processo, em todos os encontros foram realizadas também as técnicas de Checagem de Humor e Auto monitoramento para prevenir possíveis ideias suicidas, assim evitando novas tentativas.

4.2 SESSÕES INTERMEDIÁRIAS

Uma vez que a paciente deste estudo de caso aparentemente reaprendeu a dar mais atenção para si mesma, redescobriu o que faz parte ou não da sua identidade e começou a ressignificar as dificuldades que passou em sua vida, tudo isso rapidamente desencadeou transformações em sua vida sentimental. Decidiu abdicar de seu relacionamento para se dedicar a si mesma temporariamente, até estar recuperada e pronta para conviver a dois com outra pessoa novamente. Antes da terapia, um dos maiores medos desta mesma paciente era

morar sozinha e ter que enfrentar seus fantasmas por si mesma, mesmo que isto significasse manter-se presa em um relacionamento não por ser feliz nele, por nutrir desejo pelo outro ou apaixonar-se, mas sim para manter uma ilusória sensação de conforto. Dar-se conta destas coisas e verbalizá-las sinaliza uma boa capacidade de ressignificação e um indício de fortalecimento do resgate da autoestima, o que nos remete a lembrar da **resposta resiliente** de Souza (2015) a partir do momento em que ela prioriza o próprio bem-estar e usa o que aprendeu em terapia convertendo em atitudes saudáveis para atingir esse estado de bem-estar.

A partir disso, a paciente frequentemente falou nas sessões que se sente bem morando sozinha, dedica mais tempo para si e realiza suas atividades no seu ritmo. Isso relembra a teoria do desenvolvimento do ciclo vital de Papalia, Olds & Feldman (2006) abordada anteriormente, que descreve o curso saudável da Adulterez Intermediária como um período de olhar para o Eu, de reavaliar quais são as coisas que lhe dão prazer e de perceber-se plena em seu modo de ver e viver a vida. Esta paciente relatou que já consegue organizar a casa, abrir as janelas e realizar atividades de lazer para ela mesma como assistir filmes e cozinhar pratos que ela gosta, coisa que lhe parecia improvável no início, devido ao transtorno depressivo.

A sensação de culpa é uma característica comum do trauma do abuso sexual infantil e impede que o indivíduo se permita viver plenamente a felicidade ou atividades que lhe dão prazer, e mais ainda: que se perceba merecedor disso. A reação automática é fugir ou se privar dessas oportunidades. Em uma das sessões intermediárias, foi realizada com a paciente a técnica da Discussão Racional-Emocional para explorar as origens desse sentimento, modificar os pensamentos de culpa - não se tenta eliminá-los, mas sim conflitar esses pensamentos para que se transformem - e criar novos pensamentos automáticos alternativos de defesa para que sejam associados quando o antigo sentimento culposo ressurgir em circunstâncias parecidas (Beck, 2013). Em uma das últimas sessões intermediárias realizadas, a paciente queixou-se de se sentir desanimada sem saber porquê ou sem motivo aparente, mesmo tudo estando bem. Para investigarmos juntas qual era essa emoção que ela não estava conseguindo nomear e qual o motivo, novamente aplicou-se a Descoberta Guiada. Ao final desta fase da terapia, ela percebeu que a ansiedade muito intensa estava interferindo na sua capacidade de identificar dificuldades e solucionar problemas. Então pensamos em conjunto algumas alternativas que pudessem contornar essa questão (Técnica de Resolução de Problemas). E ficou combinado que a paciente praticasse e testasse tais alternativas fora do *setting* também, a fim de dar continuidade ao processo de mudança.

4.3 RESULTADOS

Pessoas que sofreram abandono e abuso sexual na infância crescem com suas referências de cuidado muito prejudicadas em função disso (Silva et. al., 2016). Fazer com que compreendam a importância do autocuidado e com que a executem de maneira funcional não é tarefa simples, mas também não é impossível, e passa por um permanente processo de autoconhecimento. Modificar a construção subjetiva de tais referências é fator essencial para o sucesso terapêutico em caso de trauma de abuso. Em contrapartida, viver bem a esta altura do processo psicoterápico estava causando à paciente sensações e pensamentos de culpa. As estratégias cognitivo-comportamentais de consolidação da aliança terapêutica (Beck, 2013) - com destaque para a técnica de escuta empática - indicaram bons resultados no caso deste

estudo, uma vez que a paciente estabeleceu um vínculo muito positivo com a terapeuta e permaneceu nele durante muito tempo, além de trazer algum nível de alívio mais imediato ao seu sofrimento. O uso da técnica de reestruturação cognitiva Discussão Racional-Emocional também se revelou eficaz na desconstrução das crenças de não-merecimento e desvalia, que por sua vez levou a dismantelar o já disfuncional sentimento de culpa. Em contrapartida, as técnicas de relaxamento em terapia inicialmente não trouxeram êxito esperado em função do alto grau de ansiedade da paciente, que não conseguia concentrar-se na própria respiração, mas ainda assim lhe foi explicada a dinâmica da ansiedade numa breve psicoeducação e lhe ensinada a técnica de Respiração Diafragmática para minimizar a sensação de ansiedade elevada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, a experiência proporcionou até o momento uma série de aprendizados muito importantes para a prática profissional da autora deste estudo. Trabalhar com psicoterapias permitiu estar mais próxima da realidade da profissão. A autorreflexão foi exercida constantemente e foi muito necessária para manter o senso autocrítico em relação à conduta profissional, ao comprometimento com a paciente, à qualidade do trabalho desenvolvido e, também, ao grau de envolvimento ativo com a atuação cotidiana no local.

Este caso em questão não foi escolhido pela autora meramente por ser interessante, mas sim porque o processo terapêutico proporcionou até aqui um crescimento progressivo de ambas: paciente e terapeuta. Juntas fizemos descobertas; avaliamos e reavaliamos aspectos importantes da vida e, internamente, amadurecemos. Indubitavelmente, dentro das diferentes circunstâncias de vida de cada uma: na dela, a psicopatologia e seus prejuízos; na da terapeuta-pesquisadora, o desafio do estágio profissional. A percepção de evolução foi aos poucos ficando mais clara. Ainda houveram dificuldades em relação à autoconfiança da terapeuta-pesquisadora e não raramente surgiram questionamentos como “Estou sendo uma boa terapeuta?”; “Tenho capacidade para ser uma boa profissional?”. Ou ainda: “Estou fazendo isso de maneira correta e adequada?”. Avalia-se o período estudado como uma oportunidade muito rica de aprendizado, onde a pesquisadora se esforçou ao máximo para aproveitar e valorizar esses momentos.

Diante dos desdobramentos deste estudo, acredita-se que um dos maiores desafios atuais a serem superados seja a adequação das estratégias de reestruturação sistemática da cognição, em especial a das estruturas cognitivas afetadas pelo trauma psicológico, que por sua vez se mostraram restritas para a diversidade de realidades psíquicas individuais que se apresentam diante do profissional no *setting* terapêutico. Espera-se que este estudo abra precedentes para pesquisas futuras acerca do emprego de técnicas cognitivo-comportamentais como a própria Descoberta Guiada, Reestruturação Cognitiva, Relaxamento, entre outros, como meios de auxílio no trato dos danos do trauma psicológico do abuso sexual sobre a cognição.

REFERÊNCIAS

- AMAZARRAY, Mayte Raya; KOLLER, Silvia Helena. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão e crítica*. Vol. 11, n. 3, p. 559-578, 1998.
- ARAUJO, Neuraci Gonçalves de. Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 7, n. 2, p. 37-45, 2011.
- BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. (Eds.). *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.
- BECK, Aaron. T. & CLARK, David A. (Eds.). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur (Eds.). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.
- BECK, Aaron T.; RECTOR, Neil A.; STOLAR, Neal (Eds.). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BECK, Judith. *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.
- BELSKY, Janet. *Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BOLSSON, Juliana Zinelli; DA CRUZ BENETTI, Silvia Pereira. Angústia infantil: um estudo de caso clínico. *Aletheia*, n. 34, 2011.
- DUCHESNE, Monica; FREITAS, Silvia. Transtornos alimentares. In RANGÉ, Bernard (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ERIKSON, Erik. *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.
- GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines (Eds.). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.
- MARBACK, Roberta Ferrari; PELISOLI, Cátula. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 10, n. 2, p. 122-129, 2014.
- MATTOS, Andréa Eliane de. Resiliência, uma potencialidade ou uma atitude que pode ser desenvolvida? In SOUZA, Marli de Oliveira (Org.). *Traumas: significado e significantes*. Porto Alegre: CAIFCOM, 2015.
- MOTTA, Fernando C. Prestes; PAULA, Ana Paula Paes de. Meia-idade, individuação e organizações. *Organizações & Sociedade*, v. 12, n. 34, p. 17-30, 2005.
- OLIVEIRA, Margareth da Silva; FREIRE, Suzana Dias; LARANJEIRA, Ronaldo. Abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da dependência. In RANGÉ, Bernard

(Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PAPALIA, Diane; FELDMAN, Ruth (Eds.). *Desenvolvimento Humano*. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *Jornal de pediatria*. Vol. 81, n. 5, p. S197-S204, 2005.

SCHULTZ, Duane; SCHULTZ; Sydney Ellen. *Teorias da personalidade*. 3ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SILVA, Carolina Barbosa *et al.* Caracterização do perfil da violência sexual em crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 1, n. 1, p. 65-74, 2016.

SOUZA, Marli de Oliveira. Constituição dos traumas na infância. In SOUZA, Marli de Oliveira (Org.). *Traumas: significado e significantes*. Porto Alegre: CAIFCOM, 2015.

SOUZA, Marli de Oliveira (Org.). *Traumas: significado e significantes*. Porto Alegre: CAIFCOM, 2015.

TRACTENBERG, Saulo Gantes *et al.* Intervenções em terapia cognitivo-comportamental para trauma complexo: uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 533-547, 2016.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. (Eds.). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.