

Vítimas de bullying: Proposta de tratamento utilizando técnicas da terapia cognitivo-comportamental

Victims of bullying: Proposed treatment using the techniques of cognitive-behavioral therapy

Resumo

O bullying é hoje um dos grandes problemas no que tange a saúde física e psíquica de crianças e adolescentes, pois observamos nos noticiários um número crescente de casos de bullying em todo o mundo. Na grande maioria dos casos, as consequências geradas por esse ato de violência acompanha o sujeito durante boa parte de sua vida, afetando o seu desenvolvimento psíquico e sua qualidade de vida. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), atualmente, é uma das formas mais eficazes de terapia para esse tipo de problema que, em um trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta, busca restaurar a qualidade de vida do sujeito no menor tempo possível. Este trabalho tem por objetivo apresentar uma proposta de tratamento clínico à vítimas de bullying através do referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: bullying; terapia; cognitivo-comportamento; saúde.

Abstract

Bullying is today one of the biggest problems regarding physical and mental health of children and adolescents. We can see in the news programs a growing number of cases of bullying in the world. In most cases, the consequences generated by this act of violence accompanies the subject for much of his life, affecting their mental development and their quality of life. A Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is now one of the most effective forms of therapy, in which a collaborative work between patient and therapist, seeks to restore the quality of life of the subject in the shortest time possible. This paper aims to present a proposal for clinical treatment to victims of bullying through the theoretical framework of cognitive-behavioral therapy.

Keywords: bullying; therapy; cognitive-behavioral; health.

Bárbara Cristina da Costa
Monteiro ¹

Luciana Rizo ²

¹ Terapeuta Cognitivo-Comportamental - Psineuroclínica Cognitiva do Rio de Janeiro.

² Terapeuta Cognitivo-Comportamental - Neuropsicóloga; Mestre em Psicologia pela UFRJ; Professora de Graduação e Pós-Graduação - Psineuroclínica Cognitiva do Rio de Janeiro

Correspondência: Bárbara Cristina da Costa Monteiro

E-mail: barbarac_monteiro@yahoo.com.br

Recebido : 17/07/2013

Aprovado : 19/10/2013

Introdução

Bullying é um termo inglês utilizado para definir atos agressivos e violentos entre jovens. É utilizado atualmente em todo o mundo, pois há um consenso de que não haveria em outra língua, um termo que melhor definisse esses atos de violência.

O bullying pode ser caracterizado principalmente por atos de violência física (empurrões, chutes, roubo de lanches), moral ou psicológica (humilhações, discriminações, exclusão social) e verbal (ameaças, xingamentos). Geralmente esses atos de violência ocorrem de forma repetitiva, voltados para uma única vítima, mas podendo ser realizados por um ou mais agressores. Existem, atualmente, pesquisas que visam identificar a prevalência desses atos entre meninos e meninas, porém ainda não se tem uma definição sobre o assunto. Segundo Teixeira (2010) meninos geralmente praticam mais atos de violência física e ações mais diretas, enquanto as meninas são mais indiretas em suas ações, praticando mais atos de violência psicológica, como criar calúnias e excluir a vítima de grupos sociais. A principal característica do bullying é que em todos os casos ele envolve uma relação desigual de poder, na qual um ou mais jovens tentam dominar ou humilhar outro jovem considerado por eles mais fraco. Ele pode ser dividido em duas categorias: bullying direto e bullying indireto. No bullying direto os ataques são deliberados, na frente de testemunhas, como ocorre na violência física. No bullying indireto, os ataques são velados, sendo esse tipo mais associado à violência psicológica.

Um dos principais palcos do bullying é a escola, seja ela pública ou privada, mas cabe ressaltar que esta não é um local exclusivo para as agressões. Atualmente, há mais registros de casos de bullying no colégio, pelo fato de este ser o principal espaço de convivência entre crianças e jovens. No que tange à idade, estudos sugerem que o bullying atinge seu pico entre os nove e 15 anos (Carney e Merrell, 2001; Frisén *et al.*, 2007 citado por Calbo, Busnello, Rigoli, Schaefer e Kristensen 2009).

Na era da internet e das redes sociais, um dos assuntos mais discutidos é o cyberbullying, que é a versão digital desse tipo de violência. Ele é considerado hoje uma das formas mais perigosas de bullying, pois uma vez que o autor pode se esconder, a violência adquire um caráter mais violento e perverso. Nos últimos anos, acompanhamos através da mídia casos de cyberbullying que culminaram em suicídio por parte da vítima.

Os Protagonistas

Os principais envolvidos no bullying são os agressores, as vítimas e as testemunhas. Os agressores, geralmente, são jovens agressivos, que apresentam o comportamento de humilhar, dominar ou maltratar outros jovens, acreditando que estão acima deles, sendo, na grande maioria, mais fortes que a vítima. São jovens que acham na agressão uma forma de se tornarem populares e/ou temidos. As vítimas têm como principais características a introversão, podem ser fisicamente mais fracas e menores que o agressor e agem de forma passiva frente às agressões. Pode-se ter a vítima que é o jovem que somente sofre agressões, e a vítima/agressora que é o jovem que sofre e pratica o bullying, ou seja, em uma situação ele é a vítima da agressão e em outra situação é o agressor. Por último, estão as testemunhas, que são os jovens que presenciam todo o ato de violência, mas que, geralmente, não fazem nada para interromper o ato de agressão. Em alguns casos, as testemunhas incitam as agressões e, em outros sentem-se profundamente

culpadas por não terem agido frente à agressão que presenciaram.

O agressor geralmente procura em sua vítima uma vulnerabilidade, seja ela um aspecto psicológico ou um aspecto físico, para que sirva de motivo para a agressão. Teixeira (2010) diz que quando as vítimas são crianças pequenas, elas tendem a reagir a agressão através do choro, enquanto jovens tendem a adotar uma postura passiva e permissiva.

A forma como o jovem se coloca frente aos atos de violência é determinante para a continuidade ou não das agressões. Se ele consegue se impor, confrontar o seu agressor e se colocar numa relação igual de poder, ele estará diminuindo drasticamente a probabilidade de continuar a ser vítima das agressões. Porém, se ele demonstra fraqueza, aceita as agressões passivamente ou se mostra humilhado, ele estará aumentando a probabilidade das agressões perpetuarem.

Segundo Neto (2005) agressores, vítimas e testemunhas enfrentam consequências físicas e emocionais. Essas consequências podem gerar prejuízos acadêmicos, sociais e emocionais. Quadros de depressão e ansiedade são observados nesses três participantes do evento. Em alguns casos, esses quadros podem se cronificar, acompanhando o sujeito até a idade adulta. É comum observar que vítimas se tornem pessoas com baixa autoestima e com dificuldades de relacionamento. As testemunhas podem carregar consigo um sentimento de culpa por não terem interferido no ato de agressão quando era possível. Os agressores podem se tornar adultos agressivos, podendo ter problemas com a lei.

A Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida a partir da década de 50 por Aaron Beck. Ela se baseia no princípio de que a maneira como pensamos afeta diretamente a maneira como nos sentimos e como nos comportamos. A psicoterapia cognitiva “baseia-se no modelo cognitivo segundo o qual o afeto e comportamento são determinados pelo modo como um indivíduo estrutura o mundo” (Brck *et al.*, 1979; Beck *et al.*, 1985; Beck e Freeman, 1990; citados por Rangé, 1998). A Terapia Comportamental visa a modificação do comportamento, ou seja, a partir dos relatos trazidos pelo paciente, o terapeuta o ajudará a modificar a sua forma de agir nas situações. Ao longo do tempo chegou-se à conclusão de que o processo terapêutico era mais eficaz quando se associava a terapia cognitiva com a terapia comportamental, e daí surgiu o modelo terapêutico que hoje conhecemos como Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A TCC trabalha com o estabelecimento de objetivos de terapia, que irão nortear o caminho da terapia. Todo o processo terapêutico se dá de forma colaborativa, ou seja, terapeuta e paciente trabalham juntos e de forma ativa objetivando a mudança na forma de pensar e de se comportar em relação ao mundo. Wright, Basco e Thase (2008) definem a TCC como o “emprego de uma relação terapêutica colaborativa, simples e voltada para a ação”. A cada sessão é estabelecida uma agenda de terapia na qual serão estabelecidos os tópicos a serem trabalhados nessa sessão. Essa postura ajuda a terapia a manter o seu foco no problema. Na grande maioria das sessões, o paciente terá “tarefas de casa” e essas tarefas permitirão que ele continue com o processo de mudança ao longo da semana e o mais importante, aplicando as técnicas aprendidas nas situações problemas, o que garantirá uma maior eficácia da terapia. O objetivo da TCC é que o paciente se torne seu próprio terapeuta, ou seja, que ele seja capaz, após um processo de alta terapêutica, de continuar colocando em prática tudo o que aprendeu ao longo da terapia.

No processo terapêutico, a TCC lança mão de uma gama de técnicas cognitivas como, por exemplo, reestruturação cognitiva e questionamento socrático e de técnicas comportamentais como relaxamentos e *role play*. As técnicas são fundamentais para que o indivíduo aprenda a não tomar como verdadeiros, que ele seja capaz de se questionar e modificar os pensamentos disfuncionais, assim como treinar maneiras de agir nas situações e partir desses treinos desenvolver comportamentos mais adaptados às situações.

Nós temos ao longo da vida uma grande incidência de pensamentos automáticos, ou seja, são pensamentos que fogem ao nosso raciocínio. Em algumas situações, podemos apresentar pensamentos automáticos disfuncionais que irão distorcer a nossa visão sobre as situações e, em outras, gerar o desenvolvimento de algum quadro mórbido, como acontece no Transtorno de Pânico, no Transtorno de Ansiedade, etc. Podemos nos tornar conscientes desses pensamentos à medida que voltarmos nossa atenção para eles nas “situações problema”, e uma vez conscientes desses pensamentos, nos tornarmos ativos na sua modificação, ou seja, através de técnicas cognitivas transformaremos esses pensamentos automáticos disfuncionais em mais funcionais. Como dito anteriormente, esses pensamentos, no caso disfuncionais, irão gerar sentimentos congruentes a eles e, conseqüentemente, comportamentos disfuncionais. Muitas vezes, modificando a forma de pensar, modificamos a forma que agimos nas situações. As técnicas comportamentais entram em ação para agir de forma conjunta com as técnicas cognitivas, elas permitirão que com um novo pensamento, o indivíduo coloque em prática uma nova forma de agir. Em alguns casos, as técnicas comportamentais dão a base necessária para o indivíduo para que ele coloque em prática as técnicas comportamentais, como acontece com a técnica de relaxamento de respiração diafragmática, ela permite que o indivíduo se acalme para que possa colocar em prática a técnica de reestruturação cognitiva.

Na TCC, uma vez que indivíduo está sempre colocando as situações em questionamento e assumindo um papel ativo no seu processo de mudança, ele consegue alcançar uma melhora na sua qualidade de vida, no menor tempo possível, o que varia de pessoa para pessoa.

O atendimento em TCC à vítimas de bullying

Receber um jovem que é vítima de bullying no consultório requer do terapeuta uma postura acolhedora e empática, pois não basta simplesmente o foco na aplicação das técnicas. É necessário compreender genuinamente o sofrimento daquela pessoa que está ali buscando ajuda e ser capaz de manejar as situações de resistência que podem ocorrer. O trabalho de atendimento à vítima de bullying envolve treinamento em habilidades sociais, reestruturação cognitiva, manejo de raiva e promoção de resiliência. Hoje, há uma grande gama de técnicas de TCC voltadas para o atendimento infantil, logo, todas as técnicas mencionadas a seguir devem ser adaptadas à idade do paciente.

Após realizar uma primeira sessão com os responsáveis, na qual se colhe as informações das situações vivenciadas, o terapeuta terá seu contato com a criança ou adolescente e poderá iniciar o processo terapêutico. Jovens vítimas de bullying geralmente desenvolvem uma baixa autoestima, já que não sabem lidar com as situações de violência e com o agressor, e podem se tornar ansiosos e/ou depressivos. Muitos encontram dificuldades em voltar para a escola, pois temem que a situação de violência perpetue.

Para que o jovem consiga lidar com os sintomas de ansiedade que podem aparecer tanto no momento da agressão quanto nos momentos posteriores, o terapeuta pode instruí-lo no Treino em Respiração

Diafragmática. Com crianças menores, ele pode utilizar uma bexiga para mostrar visualmente como a respiração deve ser feita. Outro relaxamento que pode ser ensinado é o Relaxamento Muscular Progressivo, que poderá ser realizado pelo jovem após enfrentar a situação que lhe gera ansiedade e também todos os dias quando chegar do colégio, para que ele consiga relaxar e não “acumule” no corpo a tensão das situações vivenciadas.

Ao longo das sessões de atendimento, é possível observar a presença de pensamentos disfuncionais em relação a si mesmo, ao ambiente de agressão (na grande maioria das vezes a escola) ou as outras pessoas que o cercam. Por este aspecto, trabalha-se a reestruturação cognitiva através de registro de pensamento. Friedberg, McClure e Garcia (2011) apontam em seu livro a técnica de registro de pensamento chamada “Verdade ou Truque”, que pode ser utilizada com crianças ao invés de utilizar o Registro de Pensamento Disfuncional clássico. Os registros de pensamento acompanharão a pessoa ao longo de todo o processo terapêutico, pois será de extrema importância que ela reestruture constantemente seus pensamentos disfuncionais, uma vez que ela será exposta a situações de enfrentamento e questionamentos. Ao conseguir adotar uma postura mais questionadora frente aos pensamentos, o jovem poderá enxergar a si mesmo como capaz de lidar com as situações de violência, sendo agente ativo no processo de mudança, saindo da posição de vítima para a posição de uma pessoa que sabe se colocar frente aos conflitos.

Como dito na descrição do bullying, vem se tornando cada vez mais evidente o fato de que crianças que conseguem se colocar de uma maneira firme e assertiva perante o agressor, diminuem a probabilidade das agressões perpetuarem. Para que o jovem consiga adquirir essa postura, o terapeuta pode realizar uma breve psicoeducação, ensinando ao jovem o que é ser assertivo, quais as posturas que são esperadas em determinadas situações e como estas posturas o ajudarão efetivamente no seu dia a dia. Após a psicoeducação, o terapeuta pode treinar com o paciente os comportamentos apontados como funcionais utilizando o *role play*, podendo também modular o comportamento do paciente, para que este consiga se colocar perante o agressor nas situações em que as agressões acontecem. Segundo DuBois & Felner, 1996, citados por Reinecke, Dattillio e Freeman (2009) ser socialmente competente não depende somente do conjunto de habilidades e capacidades adquiridas pelo jovem, mas como estas capacidades estão adequadas às características dos ambientes sociais nos quais elas são empregadas. Assim sendo, é importante sempre ter em mente enquanto se realiza o treino em habilidades sociais, no que e como aquela habilidade ajudará o jovem no seu contexto social.

Também é possível observar o desenvolvimento de sentimentos excessivos de raiva em jovens vítimas de bullying. Para que eles aprendam a lidar com este sentimento e não o expresse de uma maneira disfuncional, o terapeuta pode utilizar técnica do termômetro (Stallard, 2008), na qual se pede ao paciente que imagine que sua raiva é o “líquido vermelho” do termômetro e que ele expresse a que temperatura esse líquido vai quando ele sente raiva. Após essa instrução, que visa que ele seja capaz de identificar quando está com raiva, o terapeuta trabalha quais são os sinais de raiva que seu corpo expressa, se a nuca fica quente, se a visão fica turva, etc. Esses sinais corporais ajudam na identificação do estado de raiva. Após ser capaz de identificá-lo, o jovem é instruído a realizar a respiração diafragmática e a adotar os comportamentos treinados na sessão através do *role play*. Em casa, o jovem pode utilizar a técnica da mochila (Lipp e Mallagris, 2010), que consiste em que o paciente se imagine colocando sua raiva dentro de uma mochila, indo ao leito, colocando esse sentimento dentro de um saco de lixo, amarrando-o, e colocando no rio, para que esse o leve para longe. Esta técnica o ajudará a não guardar consigo a raiva e as mágoas e

assim conseguirá ficar “mais leve”.

Promoção de Resiliência

Atualmente, é possível observar o crescente interesse nos estudos que envolvem felicidade, otimismo, esperança, etc., e com estes conceitos temos o que se chama de Resiliência. Segundo Pádua (2010) resiliência é uma capacidade de adaptação às adversidades, na qual há a continuação do desenvolvimento saudável e o equilíbrio emocional do indivíduo. Ainda, segundo a autora, na psicologia esse conceito é entendido como a capacidade do indivíduo em lidar com os problemas que se apresentam, superar os obstáculos e/ou resistir às pressões das situações adversas sem entrar em um grave desequilíbrio psicológico. Cabe lembrar que ser resiliente não significa não vivenciar as situações ou ignorá-las, mas, sim, passar por estas da melhor maneira possível, não adquirindo “sequelas” psicológicas.

O trabalho de promoção de resiliência em jovens que vivenciaram uma situação de bullying se torna essencial para que estes consigam superar as situações vivenciadas e para que possam continuar sua vida de forma saudável, e não presos a experiências passadas. Não se busca que ele esqueça o que aconteceu, até porque as situações deixam marcas em nossa memória, mas que ele seja capaz de superá-las, fazendo com que elas não impactem na sua vida.

Segundo Reinecke, Dattillio e Freeman (2009) quando o terapeuta consegue incutir no jovem recursos positivos, ele está facilitando o progresso no processo terapêutico, além da manutenção dos ganhos em longo prazo.

Assim, no trabalho de promoção da resiliência, busca-se que o jovem consiga passar por esse momento de estresse emocional sem adquirir tantas “sequelas psicológicas”. Para isso, o terapeuta pode instruí-lo a sempre pesar o custo-benefício de seus comportamentos e, neste momento, ele pode utilizar a técnica da balança apresentada por Stallard (2008), as consequências dos mesmos e levantar junto a ele todas as situações difíceis enfrentadas anteriormente, para reforçar a sua capacidade de enfrentamento, e adotar um registro de comportamento resiliente, no qual o jovem colocará todas as situações que foram enfrentadas por ele com sucesso. Friedberg, McClure e Garcia (2011) apontam em seu livro a técnica “por enquanto ou para sempre”, que visa que o jovem possa distinguir se os eventos estressores são de curta duração ou se são duradouros. Esta técnica pode ser muito útil para mostrar ao jovem que ele não precisa levar ao longo da vida os estresses vivenciados no atual momento.

Durante todo o processo deve-se manter um foco nas potencialidades do indivíduo, na sua capacidade de enfrentamento, mostrando sempre como ele é capaz de se tornar um agente ativo no processo de mudança, sem precisar adotar comportamentos considerados disfuncionais para lidar com as situações de agressões por ele vivenciadas.

Conclusão

Neste trabalho, foram organizadas algumas técnicas existentes para o trabalho em consultório com vítimas de bullying. Este tipo de agressão, infelizmente, vem se tornando muito comum na nossa socie-

dade. Claramente, o ideal seria que toda escola tivesse um programa de prevenção de bullying, porém como esta não é uma realidade atual, os psicólogos devem estar preparados para receber essas vítimas em seu consultório. Cabe ressaltar que, principalmente com jovens, o trabalho em promoção de resiliência se torna essencial para que possamos ter um futuro com adultos psicologicamente saudáveis.

O caminho de combate ao bullying é árduo, mas cabe a toda sociedade, não só aos pais ou a escola, orientar os jovens para que estes não desencadeiem comportamentos agressivos. Se conseguirmos, um dia, mostrar para eles que o comportamento agressivo não leva a lugar nenhum e que ter um comportamento funcional o ajudará muito mais, estaremos construindo uma sociedade na qual o bullying não será comum e, sim, um comportamento atípico.

REFERÊNCIAS

Bandeira, C. (2009). *Bullying: Auto-Estima e Diferenças de Gênero*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Bandeira, C.; Hutz, C. (2012). *Bullying: Prevalência, Implicações e Diferenças Entre os Gêneros*. Psicologia Escolar e Educacional. ISSN 1413-8557. Rio Grande do Sul.

Binsfeld, A.; Lisboa, C. (2009). *Bullying: Um estudo sobre papéis sociais, ansiedade e depressão no contexto escolar*. Interpesona 4, 74-105. São Leopoldo.

Calbo, A.; Busnello, F.; Rigoli, M.; Schaefer, L.; Kristensen, C. (2009). *Bullying na Escola: Comportamento Agressivo, Vitimização e Conduta Pró-Social Entre Pares*. Contextos Clínicos, vol. 2, nº 2. São Leopoldo.

Friedberg, R.; McClure, J.; Garcia, J. (2011). *Técnicas de Terapia Cognitiva para Crianças e Adolescentes: Ferramentas para Aprimorar a prática*. Editora Artmed.

Lima, R.; Ardigó, M. (2011). *Bullying: Prevenção, Punição e Políticas Públicas*. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 95, dez 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10937>. Acesso em 12 ago. 2012.

Lipp, M.; Malagris, L. (2010). *Treino Cognitivo de Controle da Raiva: O Passo a Passo do Tratamento*. Editora Cognitiva.

Marriel, L.; Assis, S.; Avanci, J.; Oliveira, R. (2006). *Violência Escolar e Auto-Estima de Adolescentes*. Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 127.

Neto, A. (2005). *Bullying – Comportamento Agressivo Entre Estudantes*. *Jornal de Pediatria*. 0021-7557/05/81-05-Supl/S164.

Pádua, I. (2010). *Resiliência: Uma Nova Conformação do Ser Humano*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro.

Reinecke, M. A.; Dattillio, F. M.; Freeman, A. (2009). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Relatos de Casos e Prática Clínica*. Editora LPM.

Rangé, B. (1998). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Editorial Psy.

Stallard, P. (2008). *Guia do Terapeuta Para os Bons Pensamentos-Bons Sentimentos. Utilizando a Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes*. Editora Artmed.

Stallard, P. (2010). *Ansiedade: Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Jovens*. Editora Artmed.

Teixeira, G. (2010). *Manual Antibullying para Alunos, Pais e Professores*. Editora BestSeller.

Wright, J.; Basco, M.; Thase, M. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental*. Editora Artmed.