

**CENTRO DE TERAPIA COGNITIVA VEDA
ALINE ÁLAN GUEDES DO AMARAL CERQUEIRA**

**O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA NO CICLO DE MANUTENÇÃO DA
ANSIEDADE SOCIAL: RELATO DE CASO.**

**BRASÍLIA/DF
2015**

**CENTRO DE TERAPIA COGNITIVA VEDA
ALINE ÁLAN GUEDES DO AMARAL CERQUEIRA**

**O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA NO CICLO DE MANUTENÇÃO DA
ANSIEDADE SOCIAL: RELATO DE CASO.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Comportamental do Centro de Terapia Cognitiva Veda para a obtenção do título de especialista em Terapia Cognitiva Comportamental.

Orientador: Prof. Ms. Carlos Eduardo Portela.

BRASÍLIA/DF

2015

ALINE ÁLAN GUEDES DO AMARAL CERQUEIRA

**O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA NO CICLO DE MANUTENÇÃO DA
ANSIEDADE SOCIAL: RELATO DE CASO.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado no Curso de Especialização
em Terapia Cognitiva Comportamental do
Centro de Terapia Cognitiva Veda

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Edela Nicoletti

Flávia Martins da Silva

Graziela Velloso Mistura

Brasília, 18 de dezembro de 2015.

O COMPORTAMENTO DE ESQUIVA NO CICLO DE MANUTENÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL: RELATO DE CASO.

Aline Álan Guedes do Amaral Cerqueira*

Carlos Eduardo Portela**

RESUMO

O comportamento de esquiva no ciclo de manutenção da ansiedade social: relato de caso.

Este trabalho tem como objetivo mostrar como o comportamento de esquiva apresentado por um paciente com transtorno ansiedade social contribui para a manutenção dos pensamentos de ameaça frente às situações sociais. Ele sugere que a interrupção desses ciclos de manutenção, através da exposição do paciente às situações temidas e da reestruturação cognitiva, irá flexibilizar suas crenças, tornando-o capaz de enfrentar as situações tidas como ansiogênicas, criando um repertório de situações e habilidades sociais. A partir desse enfrentamento, o paciente será capaz de interromper o ciclo que o mantinha incapaz de interagir socialmente, prejudicando-o em diversas áreas da vida. As técnicas propostas pela terapia cognitiva comportamental são fundamentais para que o paciente obtenha evidências que o faça interpretar de forma mais realista seus pensamentos e crenças errôneas sobre uma possível ameaça. Embora o presente estudo tenha se limitado a um único caso, os dados obtidos corroboram com a literatura sobre o tratamento do transtorno e a influência do comportamento de evitação na sua manutenção, assim como a importância da reestruturação cognitiva na interrupção desse ciclo.

Palavras-chave: Ansiedade Social. Esquiva. Manutenção. Terapia Cognitivo Comportamental.

* Psicóloga, aluna do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Comportamental do Centro de Terapia Cognitiva Veda. e-mail: alinealan@gmail.com

** Psicólogo, especialista em terapia cognitiva comportamental e docente do Centro de Terapia Cognitiva Veda

ABSTRACT

The dodge behavior in cycle maintenance of social anxiety: case report.

This work aims to show how elusive behavior presented by a patient with social anxiety disorder contributes to the maintenance of the front threat of thoughts to social situations. He suggests that disruption of these maintenance cycles through the patient's exposure to feared situations and cognitive restructuring, will relax their beliefs, making it able to cope with the situations seen as anxiogenic, creating a repertoire of situations and social skills. From this confrontation, the patient will be able to stop the cycle that kept him unable to interact socially, damaging it in various areas of life. The techniques proposed by cognitive behavioral therapy are essential for the patient to obtain evidence that make play more realistically your thoughts and erroneous beliefs about a possible threat. Although this study was limited to a single case, the data corroborate with the literature that deals with the influence of avoidance behavior in maintaining the disorder, as well as the importance of cognitive restructuring in the interruption of this cycle.

Keywords: Social anxiety. Elusive. Maintenance. Cognitive Behavioral Therapy.

* Psicóloga, aluna do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Comportamental do Centro de Terapia Cognitiva Veda. e-mail: alinealan@gmail.com

** Psicólogo, especialista em terapia cognitiva comportamental e docente do Centro de Terapia Cognitiva Veda

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 | RELATO DE CASO..... | 11 |
| 2.1 | História do Caso..... | 11 |
| 2.1.1 | Informações de identificação | 11 |
| 2.1.2 | Queixa principal..... | 11 |
| 2.1.3 | Histórico da doença atual | 11 |
| 2.1.4 | História psiquiátrica pregressa | 12 |
| 2.1.5 | História pessoal e social | 12 |
| 2.1.6 | Histórico médico | 13 |
| 2.1.7 | Observações do estado mental | 13 |
| 2.1.8 | Diagnóstico segundo o DSM V | 13 |
| 2.2 | Formulação de Caso | 13 |
| 2.2.1 | Precipitantes..... | 13 |
| 2.2.2 | Visão transversal de cognições e comportamentos atuais | 14 |
| 2.2.3 | Visão longitudinal de cognições e comportamentos | 14 |
| 2.2.4 | Pontos fortes e recursos..... | 15 |
| 2.2.5 | Hipótese de trabalho..... | 15 |
| 2.3 | Plano de Tratamento..... | 16 |
| 2.3.1 | Lista de problemas | 16 |
| 2.3.2 | Objetivos do tratamento..... | 16 |
| 2.3.3 | Plano de tratamento | 17 |
| 2.4 | Curso do Tratamento | 18 |
| 2.4.1 | Relação terapêutica..... | 18 |
| 2.4.2 | Intervenções / Procedimentos | 18 |
| 2.4.3 | Obstáculos..... | 19 |
| 2.4.4 | Resultado | 20 |
| 3 | DISCUSSÃO | 22 |
| 4 | CONCLUSÃO..... | 25 |
| | REFERÊNCIAS | 22 |
| | ANEXO | 25 |

1 INTRODUÇÃO

A Fobia Social, segundo a CID 10 (1993), código F40.1, é caracterizada pelo medo que o indivíduo sente de expor-se a outras pessoas, o que o leva a evitar situações sociais. A intensidade da ansiedade sentida pelo paciente pode ser manifestada através de reações como rubor, tremor das mãos, náuseas e podem evoluir para um ataque de pânico. A evitação é frequentemente marcante e em casos extremos pode resultar em isolamento social quase completo.

De acordo com Leahy (2011), originalmente a ansiedade tem uma função adaptativa e uma base sólida na história evolutiva do homem, sendo parte da sua herança genética. Historicamente, o indivíduo mais atento sobrevivia aos ataques e ameaças encontrados na natureza, selecionando assim os mais vigilantes e preparados para a fuga do perigo. Para o referido autor, esse instinto primitivo mal adaptado nos dias de hoje, uma vez que não há perigo eminente como enfrentavam os ancestrais, é o grande responsável pela percepção de insegurança gerada pela ansiedade; fazendo com que o indivíduo desenvolva comportamentos de esquila frente à uma ameaça imaginária, a fim de sentir-se seguro.

Embora esse comportamento primitivo tenha se desenvolvido como uma resposta eficiente a um real perigo, ele prejudica o desempenho do indivíduo quando é ativado em situações benignas ou em circunstâncias estressantes, características da sociedade contemporânea, comprometendo o funcionamento social do indivíduo e incapacitando-o em diversas áreas de sua vida. Dada a vivência de ansiedade sentida pelo indivíduo participando ou mesmo antecipando as situações sociais temidas, há um intenso impulso para evitar as situações sociais (Clark & Beck, 2012).

Segundo Hoffman (2014), para o portador do transtorno de ansiedade social, esse comportamento de fuga ou esquila frente às situações sociais será responsável por mantê-lo em segurança. Comparado à outros transtornos de ansiedade, os indivíduos que são acometidos pela ansiedade social têm mais probabilidade de esquivar-se das situações sociais, ainda que este comportamento seja prejudicial à sua vida (Ito *et al.*, 2008). Ou seja, ao esquivar-se da situação o indivíduo evita a sensação intensa de desconforto causada pela ansiedade. Isso reforça negativamente o comportamento de evitação, porque a redução do medo

sugere ao indivíduo que o comportamento de esquiva é a atitude mais indicada para livrá-lo da ansiedade.

As pessoas portadoras do transtorno de ansiedade social acreditam que serão julgadas por serem inadequadas, indignas e inferiores quando comparadas às demais pessoas. O medo e a ansiedade sentida pelos pacientes diante das situações sociais são interpretados como sendo parte da sua própria natureza, levando, geralmente, a comportamentos evitativos frente às pessoas e ambientes com os quais precisem interagir. Sendo assim, é tido como um dos transtornos de ansiedade mais prejudiciais ao indivíduo devido ao comprometimento social que é causado pelo comportamento de esquiva (Leahy, 2011).

De acordo com a terapia cognitiva, os pensamentos automáticos e as crenças dos indivíduos influenciam a sua visão da situação que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta (Beck, 2013). O viés autoavaliativo negativo característico do transtorno de ansiedade social indica que os fatores cognitivos influenciam no desempenho e na manutenção da ansiedade social, levando a déficits comportamentais. O que leva o paciente a evitar a situação são seus pensamentos automáticos de ameaça social e crenças maladaptativas; tal erro cognitivo acarretará em comportamentos inibitórios automáticos e comportamento de esquiva. Assim, a esquiva e o isolamento impedem que o paciente desconforme o caráter ameaçador atribuído ao ambiente e às relações sociais (Salkovskis, 2005).

O comportamento de fuga e evitação na ansiedade faz parte de um padrão defensivo automático que visa proteger o indivíduo contra ameaça e perigo. Na ansiedade social, nem sempre o indivíduo consegue esquivar-se da situação tida como ameaçadora e, ao expor-se, experimenta um nível alto e incômodo de ansiedade que manterá um estado de ansiedade antecipatório à medida que o evento social temido se torne mais eminente. Dessa forma, quanto mais intensa a ansiedade experimentada, maior será a ansiedade antecipatória e maior a probabilidade de a esquiva ser o resultado preferido em outras situações equivalentes. Tal comportamento de segurança reflete erros do processamento cognitivo e favorecem a manutenção da ansiedade. Diversos estudos relatam a associação dessas distorções cognitivas à manutenção e aumento da ansiedade social (Burato *et al.*, 2009).

Segundo Salkovisks (2005), o indivíduo com transtorno de ansiedade social potencializa a ameaça e minimiza seus recursos de enfrentamento. O medo do julgamento de terceiros ao expor-se às pessoas e situações sociais desencadeia reações, inclusive fisiológicas, que o indivíduo julga não ser capaz de enfrentar. Na ansiedade, o indivíduo avalia a ameaça de forma exagerada e desproporcional ao valor real de uma determinada situação, aliado a isso, existe uma diminuição da capacidade do indivíduo em perceber seus recursos internos e externos de enfrentamento do temido perigo. Sendo assim, quanto menos recursos de enfrentamento o indivíduo adquirir, maior será a vivência da ansiedade e dificuldade em enfrentá-la (Beck & Clark, 2012).

De acordo com Judith Beck (2013), como estratégia de enfrentamento um paciente ansioso utiliza a esquiva, acreditando que esse comportamento de segurança o afastará da ansiedade. O paciente tende a perpetuar o problema uma vez que este comportamento traz alívio imediato frente à situação ansiogênica. Dessa forma, o paciente não testa seus pensamentos automáticos e questiona suas crenças, pois evita se expor às situações temidas. Para a autora, a ativação de esquemas relacionados à ansiedade é o responsável pela manutenção de um viés de processamento de ameaça automático e suas consequências negativas.

Segundo Beck e Clark (2012), os indivíduos reagem às situações através de dois tipos de processamentos distintos, o automático e o estratégico. No processamento automático o indivíduo ativa o modo de ameaça mais primitivo, enquanto no processamento estratégico é possível realizar uma avaliação mais elaborada da ameaça, ativando recursos de enfrentamento. Na ansiedade social o indivíduo reage às situações ativando o modo primitivo de ameaça, produzindo imagens e pensamentos automáticos de ameaça e perigo. Assim, os indivíduos consideram seus recursos de enfrentamento insuficientes e acreditam que não possuem habilidades importantes para lidar com a situação; comprometendo, assim, a presença de um pensamento estratégico que seria responsável por fornecer uma percepção mais realista da ameaça. Para os autores acima citados, a ativação do modo primitivo de ameaça leva o indivíduo a comportar-se de forma reflexiva, automática, envolvendo escape e evitação. Esta resposta instantânea à ameaça acarretam comportamentos protetores e defensivos que reforçam a ativação do modo primitivo. Assim, ao corrigir avaliações mal adaptativas e desenvolver

estratégias de enfrentamento, o paciente desenvolve o pensamento estratégico, construtivo e mais elaborado, quanto à ameaça percebida, diminuindo assim seu comportamento de esquiva e seu ciclo de manutenção.

Para o paciente com fobia social, o comportamento de busca de segurança e evitação contribuem para a manutenção da ansiedade, uma vez que impedem que o indivíduo desconforme que a ameaça percebida não é real. Esquivar-se traz um alívio ao paciente que atribui a este comportamento de segurança a responsabilidade por evitar uma humilhação pública, a crítica de terceiros e até mesmo as reações fisiológicas tão temidas. Essa inacessibilidade do pensamento construtivo contribui para a manutenção da ansiedade. Embora a esquiva leve o indivíduo a experimentar um alívio de sua ansiedade, suas consequências são negativas a longo prazo. Uma consequência negativa é o efeito reforçador na manutenção da ansiedade (Hoffman, 2014).

Um fator de manutenção importante para o transtorno de ansiedade social é o desempenho social prejudicado. No modelo cognitivo desse transtorno, um prejuízo nesse desempenho é considerado uma consequência da ansiedade na situação social (Hofmann, 2014). Dentre os comportamentos sociais negativos que resultam da ansiedade sentida perto dos outros há a esquiva do olhar, voz insegura, tremor nas mãos. Desse modo, o paciente terá seu desempenho social negativamente afetado, ocasionando falta de habilidades sociais. O paciente pode apresentar uma habilidade de conversação pobre, falta de assertividade e passividade diante das situações sociais. Com a carência de um repertório para enfrentamento, o indivíduo torna-se ainda mais inseguro diante de situações novas ou mesmo conhecidas (Beck & Clark, 2012).

Uma forma eficaz de ajudar o paciente com transtorno de ansiedade social a evitar o comportamento de esquiva e contribuir para a quebra desse ciclo de manutenção é através da ativação comportamental, cujo método insere o paciente num movimento de mudança, estimulando-o a envolver-se em situações temidas, motivando-o à ação logo no início da terapia. O paciente deve escolher situações menos desafiadoras, inicialmente, a fim de aumentar as chances de sucesso. Esse seria um grande passo para mudanças tão desejadas pelo paciente, pois o ajuda a romper padrões de isolamento e esquiva, mostrando-lhe que é possível fazer progressos. À medida que o paciente é estimulado a enfrentar as situações mais

simples às mais complexas, percebe-se um aumento no repertório e uma ativação comportamental que foge ao padrão de fuga comumente apresentado. Além disso, é possível, através da exposição do paciente, desenvolver habilidades sociais e sua capacidade de resolução de problemas (Wright, Basco & Thase, 2008).

O objetivo deste trabalho é mostrar como o comportamento de esquiva frente às situações sociais contribui para manter o transtorno de ansiedade social. Nesse contexto, é essencial que o paciente torne-se consciente de seu comportamento de segurança e das cognições envolvidas, uma vez que a redução da ansiedade está diretamente relacionada a uma mudança nos processos e estruturas falhas da ansiedade.

2 RELATO DE CASO

2.1 História do Caso

2.1.1 Informações de identificação

Trata-se da paciente Clara, 20 anos, sexo feminino, solteira, estudante universitária, mora com os pais e dois irmãos mais novos.

2.1.2 Queixa principal

A paciente procura atendimento relatando como queixa o medo das situações sociais e a dificuldade para enfrentar tais situações, o que acarretava comprometimento em sua rotina, na vida acadêmica e nas relações sociais. A paciente evitava comprar alimentos, chegando a ficar longas horas sem comer. Havia reprovado em diversas disciplinas por se recusar a apresentar trabalhos na faculdade. Relata que todas estas situações geram um nível de ansiedade muito grande. Apresenta, ainda, como queixa a falta de amigos para sair nos fins de semana e isolamento na faculdade. Na família, enfrenta muita cobrança, principalmente por parte dos pais, por não conseguir realizar essas atividades do cotidiano.

2.1.3 Histórico da doença atual

A paciente revela um quadro de ansiedade todas às vezes que precisa submeter-se às situações sociais. Apresenta dificuldade para falar com estranhos tanto pessoalmente por telefone, pois sempre acha que não conseguirá comunicar-se de forma efetiva e por isso teme ser criticado. Revela os seguintes sintomas:

Sintoma fisiológico: a paciente revela que fica bastante ansiosa apresentando taquicardia, rubor e sudorese.

Sintoma comportamental: a paciente relata esquiva das situações sociais. Sintoma cognitivo: a percepção de seu fracasso é proveniente da dificuldade

lidar com as situações sociais, fazendo com que a paciente perceba-se diferente e inferior às demais pessoas.

Sintoma emocional: a paciente fica triste diante de suas dificuldades e sem esperança frente ao futuro.

2.1.4 História psiquiátrica pregressa

Desde a infância o paciente sempre mostrou um comportamento mais isolado, introspectivo, esquivando-se das interações na família e na escola. Nunca fez uso de medicamentos psiquiátricos. A mãe, algumas vezes, procurou atendimento na emergência hospitalar por causa das “crises de ansiedade”.

2.1.5 História pessoal e social

O paciente tem uma família estruturada, é a filha mais velha, mora com os irmãos e os pais. Sempre foi cobrada pelos pais por causa do comportamento mais isolado. Na vida escolar, foi uma aluna responsável, conseguia passar de ano sem muitos problemas com notas. Socialmente, interagiu sempre com os mesmos colegas da sala, esses foram seus únicos amigos durante todo o ensino médio. Relata que depois que foi para a faculdade sentiu muita dificuldade em fazer novas amizades, era muito mais cômodo permanecer com os amigos da escola. Começou a ter problemas em passar nas disciplinas pois não conseguia apresentar trabalhos, nunca havia conversado com nenhum colega e achava muito difícil pertencer a algum grupo. Passou a ficar desanimada com o curso de jornalismo achando que estava ficando muito atrasada em relação aos colegas por causa das reprovações, além disso, não se imaginava trabalhando com jornalismo devido à exposição social. Por não possuir muitos amigos, seu maior passatempo é jogar na internet com pessoas de outros estados. Não costuma sair aos fins de semana e relata que cada vez fica mais complicado fazer compras. Para suprir suas necessidades de compras, recorre à internet e aos pais. A ideia de largar a faculdade é recorrente pois imagina que os pais estão perdendo dinheiro ao investir nela.

2.1.6 Histórico médico

A paciente não possui problemas de saúde atualmente.

2.1.7 Observações do estado mental

A paciente apresentou uma ansiedade elevada no início do tratamento, evitava o contato visual e apresentava voz trêmula. Inicialmente falava pouco, mas com o decorrer do tempo foi ficando mais colaborativa e assídua às sessões. Com relação ao pensamento, não possui nenhuma alteração na forma, apresentando discurso coerente. Contudo, no conteúdo do pensamento, revela ideias rígidas, ruminação, autodepreciação e pessimismo.

2.1.8 Diagnóstico segundo o DSM V

A hipótese é que a paciente apresente Transtorno de Ansiedade Social.

2.2 Formulação de Caso

2.2.1 Precipitantes

Alguns eventos foram importantes para desencadear o transtorno como: a reprovação nas disciplinas da faculdade no primeiro semestre; um acidente automobilístico que sofreu quando tinha 16 anos e deixou cicatrizes no rosto (acentuando mais a ideia que as pessoas poderiam criticá-la); a entrada na maioridade e a consequente cobrança dos pais que, não entendendo o transtorno, cobravam um comportamento compatível com o esperado de um “adulto”; além disso os pais sempre agiram de forma superprotetora. Contudo, o estado de humor da paciente é alterado em algumas situações específicas, os gatilhos pra suas crises de ansiedade acontecem quando a paciente precisa submeter-se às situações sociais (fazer compras, pedir informações, reunir-se em grupo), quando familiares o

comparam ao irmão mais novo que é extrovertido e possui muitos amigos, e quando recebe notas baixas por ter descumprido a apresentação de trabalhos acadêmicos.

2.2.2 Visão transversal de cognições e comportamentos atuais

Por apresentar um transtorno de ansiedade, a paciente apresenta alguns comportamentos em situações tidas como ansiogênicas. Como exemplo pode-se citar a reação da paciente ao comprar um livro no shopping: ao entrar na loja ela pensava: “o vendedor vai achar que o livro é de burro”, sentia-se ansiosa e ia embora sem comprar o livro. Em outra situação, quando a paciente estava na sala de aula e o professor pedia para que os alunos se reunissem em grupos, ela pensava: “ninguém me aceitará num grupo”, ficava nervosa e saía da sala. Esse comportamento estava, ainda, associado ao fato que os grupos serviam para desenvolver trabalhos que seriam apresentados posteriormente. Com esse comportamento a paciente “livrava-se das duas coisas”. Na praça de alimentação do shopping, no horário de almoço, a paciente pensava: “eu não saberei fazer o pedido à atendente”, ficava ansiosa, triste e deixava de comer.

2.2.3 Visão longitudinal de cognições e comportamentos

Clara cresceu numa família com pais superprotetores, como sempre foi uma pessoa tímida, isolada, deixa de realizar atividades que exigissem certa exposição social, embora não percebesse prejuízo já que seus pais faziam por ela. Além disso, ao chegar à maioridade começou a ser cobrada pelos pais para ter atitudes mais compatíveis a de um adulto e passou a ser comparado ao irmão mais novo que é extrovertido e de fácil relacionamento. Essa cobrança só aumentou a ansiedade do paciente, pois em sua história de vida não desenvolveu um repertório de enfrentamento. Assim, apresenta um esquema desadaptativo de desamparo e desvalor, fazendo com que o processamento das informações dê-se de forma errônea e alimente crenças centrais tais como: “não sou capaz” e “sou inadequada”. Como crença intermediária, a paciente possui a regra: “se as pessoas me notarem, elas saberão que sou um fracasso”. Como estratégia compensatória, a paciente apresenta comportamento de esquiva frente às situações sociais. A paciente,

quando submetida às situações sociais, das quais ela não poderia esquivar-se, experimentava um quadro de ansiedade muito intenso. Dessa forma, sempre que possível, a paciente escolhia “fugir” das situações como estratégia que a preservava da sensação de ansiedade, trazendo um alívio imediato. Tal estratégia era responsável por manter o ciclo de sua ansiedade, uma vez que a esquivava o impedia de criar um repertório e estratégias de enfrentamento.

2.2.4 Pontos fortes e recursos

A paciente revela-se muito inteligente, tendo em vista que é autodidata em inglês e informática, mostrando-se interessada nos temas tratados com a psicoeducação. No decorrer da terapia, à medida que ia progredindo, foi ficando mais assertiva, contribuindo com textos e gravuras que tratavam sobre o tema da ansiedade social.

2.2.5 Hipótese de trabalho

A paciente apresenta uma fobia social generalizada, crônica e grave; que pode ter um componente genético importante, visto que sua mãe apresenta episódios de crises de ansiedade. Desde muito pequena, apresenta um comportamento mais retraído com isolamento social. Contudo, esse comportamento que o acompanha desde a infância, pode ter sido reforçado pelo comportamento superprotetor dos pais. Na ausência de atitude da filha, os pais realizavam a ação e isso o protegia e o mantinha o ciclo da esquivada. Na adolescência e idade adulta, a paciente precisa submeter-se às situações onde não é possível a atuação dos pais, contudo ela apresenta um repertório limitado. Tal fato faz com que a paciente reaja com muita ansiedade às situações já que não possui estratégias de enfrentamento. Ao deparar-se com situações ansiogênicas, a paciente acredita não ter recursos para enfrentá-las, sente os efeitos fisiológicos da ansiedade e esquivava-se. A fuga revela-se, portanto, uma estratégia de sobrevivência frente a sensações tão ameaçadoras que a ansiedade desperta.

2.3 Plano de Tratamento

2.3.1 Lista de problemas

- Não consegue ter amigos, pois acredita que não irão aceitá-la.
- Dificuldade em lidar com as sensações fisiológicas provenientes da ansiedade. Em algumas situações pensa “eu vou morrer”.
- Relação difícil com os pais que cobram uma postura “mais comum” a de uma garota de 20 anos.
- Reprovação nas matérias da faculdade, pois nunca conseguiu apresentar trabalhos que valem como nota.
- Não consegue fazer compras pois acredita que não saberá se expressar de forma satisfatória com a atendente, além disso poderá ser criticada por suas escolhas. Teme, ainda, se atrapalhar ao pagar as contas e ser o responsável por filas.
- Dificuldade para pedir informação a estranhos na rua quando necessita encontrar um endereço.

2.3.2 Objetivos do tratamento

- Conversar com os colegas na faculdade e fazer amizades.
- Reduzir a ansiedade.
- Apresentar os trabalhos da faculdade.
- Resolver problemas e enfrentar as situações sociais, como pedir informações.
- Modificar a crença que não é capaz (ressaltando suas habilidades e pontos fortes).
- Fazer compras, mesmo que por telefone.
- Modificar o pensamento distorcido que será sempre criticado.

2.3.3 Plano de tratamento

Fase Inicial

O objetivo inicial foi construir uma aliança terapêutica firme uma vez que a patologia deixava a paciente ansioso frente a qualquer contato social. Dessa forma, fez-se necessária essa aliança para diminuir sua ansiedade frente ao tratamento e reduzir a probabilidade de desistência do tratamento da paciente, como já havia acontecido anteriormente com outros terapeutas. Como a principal queixa da paciente relacionava-se a área social e a grande dificuldade era submeter-se às situações sociais, a intenção foi priorizar, no início o tratamento, tarefas mais simples, encorajando-a e motivando-a a enfrentar situações mais complexas a partir da criação de um repertório. Com um déficit em suas habilidades sociais, foi necessário desenvolver e estimular habilidades de enfrentamento para aquisição de um desempenho comportamental e social satisfatório. Assim, focou-se na dificuldade da paciente de fazer compras e falar com estranhos. A relação da paciente com a família precisou ser investigada ao longo do processo terapêutico, uma vez que a pobreza de repertório devia-se, dentre outras coisas, à superproteção dos pais.

Fase Intermediária

Estando mais habituado a lidar com situações cotidianas, através da execução das tarefas, foi possível trabalhar com a paciente atividades mais complexas. O foco foi, sobretudo, na área acadêmica, pois tal área encontrava-se bastante comprometida com históricos de comportamentos de esquiva e perda de disciplina. Nessa fase, o problema com a apresentação de trabalhos foi prioridade. Assim, a exposição e o treino de habilidades sociais foram fundamentais para uma mudança de comportamento mais assertivo. O foco dessa fase foi voltado para as atividades importantes para o futuro da paciente, que estimulassem sua autonomia e o motivasse a traçar planos para uma vida profissional. Foi dada ênfase, ainda, para a resolução de problemas, procurando intervir na estrutura cognitiva modificando sua crença de incapacidade e inadequação.

Fase Final

Nas sessões finais e de follow up, foi trabalhado o ciclo de manutenção da ansiedade para prevenir a recaída e manter os ganhos alcançados com a terapia.

Buscou-se fazer com que a paciente monitorasse e questionasse seus pensamentos e crenças que o faziam enxergar ameaças nas diversas situações. Através da aquisição de um repertório foi possível ao paciente alcançar metas mais complexas, como ir às entrevistas de estágio, que exijam do paciente uma reestruturação cognitiva para a sua realização.

2.4 Curso do Tratamento

2.4.1 Relação terapêutica

A confiança da paciente na terapia foi sendo desenvolvida durante o acompanhamento; inicialmente ficava evidente a ansiedade que ele experimentava durante as sessões, o que a deixava com receio de se colocar. Isso foi trabalhado em sessão, ressaltando que uma relação de confiança era fundamental para o sucesso da terapia. Assim, a paciente foi tornando-se mais colaborativa e assertiva nas suas colocações, contribuindo para uma relação empática.

2.4.2 Intervenções / Procedimentos

Questionamento de pensamento - o registro do pensamento, que se dava através do formulário de registro de pensamento e evidências, foi uma eficaz intervenção, pois a paciente costumava agir no automático e não tinha a idéia que suas reações fisiológicas eram resultado de seu pensamento; mas acreditava que a ansiedade era o seu problema primário. Assim, registrar seus pensamentos e emoções “quentes” foi o primeiro grande passo para identificar como se processava sua cognição. A partir daí, foi possível mostrar ao paciente que, geralmente, seu pensamento era voltado à sua incapacidade diante das situações sociais como: “eu não conseguirei pedir a pizza”, “eu não saberei como cumprimentá-lo”, “ele perceberá que sou um fracasso”. Depois dessa identificação foi trabalhada a validade desse pensamento através do formulário de evidências. Assim, a paciente pôde flexibilizar esse pensamento, uma vez que, em algumas situações, ele mostrava-se capaz. Tal procedimento possibilitou a identificação e modificação de

pensamentos e crenças e a construção de novas crenças, mais adaptativas como “eu sou capaz de enfrentar determinadas situações sociais”.

Treino de Habilidades Sociais - por tratar-se de uma paciente com um repertório de habilidades muito limitado, foi necessário elaborar tarefas que contribuíssem para uma melhora em suas interações sociais. Um exemplo é a dificuldade da paciente em fazer amizades. Assim, inicialmente, foi treinada em sessão a abordagem aos colegas de sala e, como tarefa, a paciente abordou um colega e iniciou uma conversa durante o intervalo. Esta prática, além da aquisição de repertório, proporcionou à paciente descatastrofizar pensamentos do tipo “se eu abordá-lo, serei ignorada”, uma vez que a receptividade do colega não confirmou a ameaça que a paciente tanto temia.

A exposição gradual foi uma intervenção eficaz para reduzir o comportamento de esquiva da paciente. Com um grande receio de realizar compras na praça de alimentação de um shopping, foi acertado com a paciente que ela iria, inicialmente, observar como as pessoas se comportavam em tal situação e, num segundo momento, realizar uma compra no local, devendo permanecer por, no mínimo, 20 minutos. Para a realização desta técnica foi necessária a utilização de role play em sessão, além da psicoeducação onde foi explicado à paciente que a segurança sentida ao evitar as situações sociais reforçava seu transtorno de ansiedade e ia de encontro a sua meta de relacionar-se socialmente.

2.4.3 Obstáculos

Um obstáculo encontrado na terapia foi o grau de ansiedade experimentado pela paciente diante das situações sociais que o impedia de realizar as tarefas da terapia. A paciente pensava “não suportarei sentir isso novamente”, “acho que vou morrer”, ao sentir as reações fisiológicas. Dessa forma, mover a paciente para a ação foi, inicialmente, muito complicado. As tarefas, mesmo as mais simples, eram sentidas como grande ameaça e o comportamento de esquiva sempre era o caminho mais seguro. Para tal dificuldade foi utilizada, em sessão, a técnica do role play para que a paciente ficasse mais familiarizado com a situação, antes de ser submetido às situações sociais.

2.4.4 Resultado

Por tratar-se de uma paciente com um grande comprometimento na área social e acadêmica, foram necessárias 40 sessões para conseguir bons resultados. Seu histórico de esquivas comprometeu suas habilidades sociais e sua expectativa em relação ao futuro fazendo pensar coisas como: "é impossível acreditar que algo bom possa acontecer comigo no futuro". Contudo, ao final do acompanhamento a paciente apresentava pensamentos mais adaptativos como: "posso ter um futuro com muitas oportunidades".

As metas propostas foram alcançadas. Inicialmente, a paciente passou a enfrentar as situações mais simples como realizar compras por telefone e pedir informações na rua. Começou enfrentando lugares menos movimentados até conseguir realizar a tarefa em shoppings. Sua crença "eu sou incapaz" foi substituída por "sou capaz de realizar muitas coisas".

Com relação às dificuldades na faculdade, a paciente começou a mudar de comportamento de esquiva diante dos trabalhos em grupo começando a solicitar amizades em redes sociais, pois causava menos ansiedade, até conseguir conversar na sala de aula e articular os grupos de trabalho.

A paciente não foi mais reprovada em disciplinas por não ter apresentado os trabalhos na sala de aula, conseguindo, além de apresentar o trabalho, comentar a apresentação dos colegas. O pensamento "Me verão como uma fracassada" deu lugar a outros mais adaptativos como "tenho que mostrar que tenho algo a contribuir".

A paciente mostrou-se mais confiante e motivado em relação ao curso e ao futuro profissional, pois a reprovação já não era mais um problema. Começou a procurar estágio e foi aprovada na seleção.

Quanto à falta de amigos, a aproximação de colegas na faculdade rendeu um novo ciclo de amizade e diminuiu o isolamento.

Todo o progresso na terapia interferiu na visão dos pais, que passou a evidenciar as conquistas da paciente, motivando-o e deixando-o resolver questões administrativas relacionadas à faculdade que antes eram resolvidas pela mãe.

3 DISCUSSÃO

No caso apresentado, a utilização de técnicas de intervenção, baseadas na terapia cognitivo-comportamental, foram fundamentais para diminuir o comportamento de esquiva da paciente com ansiedade social, aumentando seu repertório de habilidades e interferindo no ciclo de manutenção de sua patologia.

Interferir no comportamento de esquiva da paciente portador de ansiedade social é, inicialmente, uma tarefa difícil, visto que o comportamento de evitação frente às situações sociais é, em sua crença, o que o mantém seguro e o protege das temidas reações fisiológicas e críticas de terceiros. O que corrobora com Hoffman (2014), quando afirma que o comportamento de fuga sugere ao indivíduo que é a atitude mais indicada para livrá-lo da ansiedade.

A paciente, ao iniciar a terapia, possuía crenças e pensamentos disfuncionais que o faziam acreditar que era uma pessoa fracassada, diferente dos demais e por isso seria sempre criticado por suas colocações e comportamentos. Acreditando nessa condição, desde a infância a paciente revelava um comportamento ansioso e evitava as situações em que teria que interagir com pessoas e ambientes diferentes. A ansiedade experimentada pela paciente, com reações fisiológicas tão intensas, o levou a esquivar-se cada vez mais das situações. Dessa forma, foi tornando-se cada vez mais isolada e com perspectivas muito desastrosas em relação ao futuro. Assim, fica claro como o ciclo de manutenção se configurava na paciente, recorrendo cada vez mais à esquiva, como meio para sentir-se segura.

O ciclo de manutenção da ansiedade foi compartilhado com a paciente, de forma bastante didática, através da psicoeducação, fazendo-a perceber que sua meta de reduzir a ansiedade não seria alcançada caso o comportamento de esquiva permanecesse. Uma vez que a segurança experimentada, ao evitar as situações sociais, não era eficaz para lidar com a ansiedade, mas apenas reforçava a ocorrência de futuros comportamentos de evitação. Dessa forma, a maneira eficaz de lidar e evitar um maior comprometimento no desempenho social seria expor-se gradualmente às situações (Wright, Basco & Thase, 2008). Ficava claro, pela história de vida da paciente, que toda a sua pobreza de repertório mantinha a sua

ansiedade e a exposição seria a técnica fundamental para quebrar o ciclo de manutenção.

Conforme Ito *et al.* (2008), o que leva a paciente a evitar a situação são seus pensamentos automáticos de ameaça social e crenças maladaptativas; assim, intervenções que apontem para a paciente evidências que o levem pensar sobre seus erros cognitivos são fundamentais para que seu comportamento de fuga seja reavaliado e outros mais adaptativos sejam exercidos. A partir do momento que a paciente começou a ter evidências que o seu pensamento em relação às críticas de terceiros não se confirmava, foi diminuindo o caráter ameaçador das situações e, conseqüentemente, a esquiva.

Na avaliação da história de vida da paciente com ansiedade social, é comum verificar que as áreas de maior comprometimento são justamente aquelas onde as situações de esquiva estão mais presentes. Assim, fica evidente a necessidade de interferir no ciclo de manutenção desse comportamento. Entretanto, na condução do tratamento, o terapeuta deve identificar as situações ansiosas leves, bem como aquelas que geram uma sensação intensa de ansiedade e comportamento de esquiva. Esse deve ser o norte para o terapeuta desenvolver as primeiras atividades da paciente. Deve-se tomar cuidado para que as situações, inicialmente, tragam um grau menor de ansiedade, pois, do contrário, pode aumentar o comportamento de evitação e desmotivá-la a continuar o acompanhamento, como afirma Burato *et al.* (2009).

A paciente percebeu que os ganhos adquiridos com a exposição ia ao encontro de suas metas e, embora existisse uma ansiedade frente a algumas situações, era possível enfrentar seus medos e ter sucesso nas relações sociais. Foi trabalhado com a paciente que é possível ter ansiedade e enfrentar as situações, deixando claro que ansiedade é uma reação normal e vital para as pessoas. Entretanto, quanto mais habilidades sociais e estratégias de enfrentamento o indivíduo desenvolve, mais apta ela estará para lidar de maneira funcional com a ansiedade.

Segundo Clark e Beck (2012), durante a exposição à situação ansiogênica, o indivíduo com fobia social apresenta um viés automático para a informação de ameaça interna e externa. Assim, através da exposição, seria possível o desenvolvimento de um processamento mais estratégico com maiores

recursos de enfrentamento. À medida que a paciente enfrentava as situações temidas, foi ficando mais fácil para ela obter evidências que as situações não eram tão ameaçadoras como lhe pareciam, que as pessoas não o criticariam e que seus pensamentos não seriam necessariamente verdadeiros. Assim, as crenças puderam ser substituídas por outras mais funcionais e o seu viés automático foi sendo substituído por um processamento cognitivo mais elaborativo.

A paciente obteve excelentes resultados com o acompanhamento, cada situação social enfrentada o motivava a ser mais ativa na terapia e contribuía para uma visão mais esperançosa em relação às suas potencialidades e ao futuro. Contudo, mover a paciente para enfrentar situações que lhe causam tanto desconforto é um desafio para o terapeuta, que precisa estar preparado para as esquivas que serão reproduzidas nas sessões e nas realizações de tarefas. Porém, um eficaz manejo dessas situações torna o acompanhamento e o alcance das metas possível. Assim, a eficácia da terapia cognitivo comportamental, aplicada a este caso, é inquestionável.

4 CONCLUSÃO

O transtorno de ansiedade social pode limitar significativamente a vida das pessoas, a mera expectativa de enfrentar as situações sociais é suficiente para ativar comportamentos de evitação. Ao sair da situação temida, a ansiedade experimentada pelo indivíduo tende a diminuir, o que reforça as tendências de fuga. Esse ciclo de manutenção é o responsável por deixar o paciente refém do transtorno até que o devido tratamento seja iniciado. Deixar o paciente mais tolerante aos sintomas da ansiedade, trabalhar com técnicas como treino de habilidades sociais e exposição gradual; aliadas à reestruturação cognitiva são ferramentas essenciais para interferir no ciclo de manutenção e reduzir o comportamento de evitação.

Embora os dados obtidos na condução do caso corroborem com a literatura, é fundamental salientar que se trata de um único estudo, não cabendo generalizações.

No caso em questão, os resultados alcançados através da mudança de comportamento do paciente e da reestruturação cognitiva apontam para a eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento do transtorno. A aquisição de habilidades sociais, possibilitadas pelo enfrentamento não repercutiu apenas no alcance das metas desejadas pela paciente, mas despertou uma expectativa mais otimista em relação ao futuro, que o motiva a enfrentar situações cada vez mais complexas.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Burato, K.R.S.S., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 175-181. doi. 10.1590/S0101-60832009000500001
- Beck, J. S. (2013) *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática (2a.ed)*. Porto Alegre, RS: Artmed
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *CID 10: Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hofmann, S. G. (2014) *Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Philip, C. K., & Asbahr, F.R. (2008) Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 96-101. doi: 10.1590/S1516-44462008000600007
- Leahy, R. L. (2011). *Livre da Ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Salkovskis, P. M. (2005). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, Michael E. (2006). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre, RS: Artmed.

ANEXOS