

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL APLICADA A FOBIA SOCIAL NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Graziela Sapienza¹, Caroline Negrello¹ (✉ carolinebnegrello@gmail.com), & Mayara Fistarol¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

A atenção às perturbações mentais tem levado a constantes mudanças de formas de as conceber e ao nível das práticas desde o processo da reforma psiquiátrica e acompanha a trajetória da reforma sanitária. Os cuidados dos pacientes com perturbações severas e persistentes passaram a ser prestados em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os quais visam o acompanhamento e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde do Brasil, 2007).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde do Brasil (2015) cerca de 3% da população do Brasil apresenta perturbações mentais severas e persistentes e 10% perturbações mentais leves. Entre as diferentes perturbações mentais, a ansiedade social – fobia social (F 40.10) emerge como uma perturbação de elevada prevalência, no Brasil e outros países. Por exemplo, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5 – DSM-5 (APA, 2014), a prevalência de ansiedade social ascende a 7% nos EUA. Entre a população brasileira, destacamos dois estudos que atestam a sua elevada prevalência da fobia social. Um estudo com 493 estudantes brasileiros constatou que 23,12% tinham sinais de fobia social, sendo que a prevalência foi maior entre as participantes do sexo feminino (Fernandes & Terra, 2008). Em outro estudo com 1500 usuários de CAPS, 41% dessa população apresentou diagnóstico de fobia social (Almeida, Silva, Espínola, Azevedo, & Ferreira Filha, 2013).

Esta perturbação é caracterizada pelo medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. O diagnóstico é apropriado apenas se a fuga, medo ou antecipação ansiosa quando ao deparar-se com a situação social ou de desempenho, interferem significativamente na rotina diária, no

funcionamento ocupacional ou na vida do indivíduo, ou se causa sofrimento acentuado no próprio (APA, 2014). Muitos fóbicos sociais apresentam manifestações físicas (e.g., sudorese, rubor, palpitação, urgência para evacuar, entre outros), dificultam mais ainda a sua adaptação aos seus contextos de vida (Sudak, 2008).

De acordo com Rodebaugh et al. (2017), os sintomas de ansiedade social parecem estar diretamente relacionados com vulnerabilidades temperamentais. Entre estas, destacam-se os elevados níveis de comportamento de evitamento, baixos níveis na habilidade de aproximação/abordagem, e medos em relação à avaliação negativa. Os sintomas de depressão também são frequentes, porém, de acordo com o mesmo autor, desenvolvem-se em pessoas com temperamento evasivo. Os indivíduos com fobia social podem desenvolver um perfil dependente e baixos níveis de volição para procurar auxílio médico.

Após o diagnóstico desta perturbação, releva o encaminhamento para um tratamento com atendimento multidisciplinar. Santos, Osório, Loureiro, Hallak e Crippa (2011) ressaltam que existem diferentes tratamentos combinados que comportem o tratamento farmacológico e a psicoterapia, devido à diversidade de metodologias, mas assinalam a grande eficácia do tratamento combinado “psicoterapia cognitivo-comportamental” e administração de d-cicloserina. A eficácia das psicoterapias cognitivo-comportamentais (TCC), para o tratamento desta perturbação, tem vindo a ser crescentemente reconhecida (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr; 2008; Mululo, Menezes, Fontenelle, & Versiani, 2009; Sudak, 2008), demonstrando ser uma das terapias mais eficazes no tratamento da fobia social. Contudo, existem manifestações subsindrômicas desta perturbação, que podem interferir no prognóstico da doença (Rodebaugh et al., 2017), tais como características de personalidade estáveis destes pacientes que podem interferir com as suas habilidades sociais independentemente do quadro da fobia social.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de um caso clínico de perturbação de ansiedade social/fobia social atendido no CAPS com equipe multidisciplinar, incluindo atendimento psicológico com base na TCC.

MÉTODO

Participantes

J. é uma mulher de 28 anos, solteira, mora com a mãe e os irmãos na região metropolitana de Curitiba. Foi atendida num CAPS, o qual tem por

objetivo atender pacientes com perturbações mentais graves e persistentes. O atendimento iniciou-se a pedido da avó materna. As primeiras visitas domiciliares foram realizadas pelo profissional de psicologia e posteriormente começaram atendimentos pela equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem.

Procedimentos

O tratamento com base nas TCC utiliza de técnicas como a reestruturação cognitiva, a exposição, o relaxamento, o treino de habilidades sociais, e o treino em tarefas de concentração. Após a avaliação inicial da paciente, foi realizado uma análise das queixas e observações clínicas, a partir do que foram elencadas hipóteses de trabalho que nortearam o plano de tratamento formulado para a paciente. A partir das queixas e hipóteses de trabalho levantadas, foi estabelecido um plano de tratamento baseado nas TCC. O plano de tratamento (cf. Quadro 1) comportou 14 sessões, com vista à prossecução dos objetivos terapêuticos delineados. As sessões ocorreram com uma periodicidade variável e deram-se de diferentes formas, conforme o conceito de clínica ampliada: visita domiciliar, atendimento individual, interconsulta.

Quadro 1

Plano terapêutico com base na TCC

Técnicas utilizadas	Sessões	Objetivos
Avaliação inicial	1 à 8ª	Avaliar sintomas de medo, insónia, ansiedade, diminuição do prazer e interesses.
Estabelecimento de vínculo terapêutico		
Alívio de sintomas		J. era resistente à aproximação de profissionais.
Identificação de metas	9ª	Reconstrução de sua identidade, autoestima, diminuição do medo e aumento da interação social
Psicoeducação	A partir da 10ª	Identificar os pensamentos automáticos
Desensibilização sistemática	A partir da 10ª	Realização de aproximações sucessivas ao “objeto” do medo
Flexibilização de crenças	A partir da 11ª	Identificar as distorções cognitivas
Monitorização de pensamentos/emoções	A partir da 11ª	Questionar os pensamentos automáticos e distorções cognitivas
Reestruturação cognitiva	A partir da 14ª	Questionar as bases dos pensamentos à luz das evidências reais (questionamento socrático) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do Caso Clínico

Problemas e sintomas. A avaliação inicial permitiu identificar queixas e observações clínicas relevantes para o desenvolvimento de hipóteses de trabalho que norteariam o plano de tratamento (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Queixas da Paciente e Hipóteses para a Intervenção

Queixas e observações clínicas	Hipóteses de trabalho
Isolamento social por tempo prolongado	Fortalecimento da rede de apoio e estimular a participação nas atividades no CAPS.
Família emaranhada, com dificuldade de percepção do problema.	Conscientizar a família sobre o Perturbação psicológico de J. para que auxiliem no tratamento.
Baixo suporte familiar.	Fortalecimento da rede de apoio.
Ansiedade, baixa estima, tristeza e percepção negativa de si.	Desenvolver a auto regulação e discriminação das emoções e fortalecimento da auto estima.
Baixo suporte social.	Fortalecimento da rede de apoio.
Dificuldade na construção de identidade (pessoal, social e cívica)	Auxílio à assistência social para fazer documentos que J. não possuía. Estímulo ao autoconhecimento e à participação de atividades sociais.
Déficits em repertório social	Treinamento de habilidades sociais básicas

Situações precipitantes. J. é a filha mais velha de quatro irmãos. J. era uma criança tímida, envergonhada, com dificuldade em relacionar-se. Os sintomas fóbicos iniciaram-se a partir da adolescência, época em que J. sofreu *bullying* na escola por um longo período. Quando tinha 15 anos o seu “único” amigo suicidou-se. A partir daquele momento os sintomas de fobia e isolamento tornaram-se mais significativos. Ficou aproximadamente 10 anos fechada em casa. As suas relações interpessoais restringiram-se, a partir de então, à família nuclear.

Fatores predisponente. J apresentava crenças nucleares de inadequação e ineficiência, vendo-se a si mesma como fracassada; avaliando-se como sem valor perante os outros. Percebia o mundo como ameaçador e o futuro como incerto.

Fatores de manutenção. A codependência da família e a resistência no entendimento da doença, bem como de solicitar auxílio e ou tratamento.

Histórico de tratamento. Na adolescência foi avaliada por um médico e encaminhada para um atendimento psicológico que nunca se realizou. No final de 2014 passou por avaliação inicial da psicologia e psiquiatria, mas ainda se recusava a fazer tratamento.

Avaliação e diagnóstico. Foram realizadas 14 encontros, entre sessões de psicoterapia, consultas médicas e contatos com Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que algumas foram em domicílio. Vale a pena ressaltar que as sessões não aconteceram de forma sistemática. No momento da entrevista inicial a paciente apresentou estranheza e receio, distanciando-se da psicoterapeuta. Na anamnese a paciente estava lúcida, orientada no tempo e espaço, com discurso organizado, autocrítica preservada, autocuidado prejudicado, sem déficit cognitivo aparente. Referiu dificuldade em sair de casa e muito medo das pessoas. Relatou também sobre o histórico familiar e médico. Durante a visita, a família apresentou-se com postura resistente a presença de profissionais da saúde e ao tratamento. Em contato posterior com a UBS, verificou-se que haviam poucos dados sobre o histórico da família e nenhum sobre a paciente em prontuários. Havia informações sobre tentativas de contato com a família, porém os mesmos apresentaram-se resistentes.

Na primeira visita domiciliar conjunta com o psiquiatra houve resistência inicial da paciente, mas foi possível realizar a entrevista psiquiátrica. Nessa situação foi prescrito tratamento farmacológico (cloridrato de paroxetina), porém sem conclusão diagnóstica. O diagnóstico de perturbação de ansiedade social/fobia social só foi possível após discussão do caso pelos diferentes profissionais envolvidos no caso.

Tratamento, Intervenção e Resultados

No processo terapêutico, J. expõe seus medos em entrar em contato com pessoas e o quanto se sente inferior às demais pessoas, frente a isso, um dos objetivos foi auxiliá-la na identificação de suas distorções cognitivas e pensamentos automáticos. Entre as distorções mais frequentes estavam, a leitura mental, filtro negativo, rotulação, formação do tipo deveria, procrastinação, catastrofização e comparações injustas. A partir das queixas e hipóteses de trabalho estabeleceu-se o plano de tratamento acima apresentado.

A clínica ampliada realizada pelo CAPS contribuiu e minimizou aspetos negativos do contexto social e da paciente, que incluía baixo nível socioeconómico, dificuldade de acesso ao tratamento, baixo suporte familiar e vulnerabilidade social. Durante as visitas domiciliárias foi perceptível o impacto do contexto em que a paciente vivia sobre a mesma. As visitas tornaram-se um meio facilitador no plano de cuidado à saúde mental, pois auxiliou no processo de vinculação e dessensibilização, visto que a paciente apresentava sintomas de fuga e grande isolamento social.

A ansiedade é, também, uma resposta condicionada, e tende a diminuir naturalmente por habituação, a partir de exposição dos estímulos aversivos (D'el Rey & Pacini, 2005). No caso desta paciente existiam vários estímulos aversivos iniciais (e.g. própria psicoterapeuta, e a luz solar). O processo iniciou com a entrada da psicoterapeuta na casa, depois com o contato com a luz solar e com o ambiente externo da casa. Somente depois conseguiu ir ao CAPS para os atendimentos. Porém tinha ainda dificuldade de sair do carro. Foi atendida uma vez no carro, e na sessão seguinte conseguiu entrar no consultório. Mas ainda apresentava sintomas físicos de ansiedade (sudorese, tremores e taquicardia). Foram várias sessões ainda com sintomas físicos e de desconforto.

A psicoeducação foi usada para que a J. compreende-se a perturbação de fobia social e seus sintomas, bem como os gatilhos comportamentais ou fisiológicos que a paciente apresentava. A psicoeducação também foi utilizada com a família, o que se revelou importante para a eficácia do tratamento (Ito et al., 2008). Neste caso, o perfil familiar resistente e superprotetor, dificultou o prognóstico. Vale destacar que a paciente apresentava um papel de “cuidadora” no contexto familiar, o que colaborava para que a família não alterasse seu padrão de comportamentos, por vezes até reforçando o padrão de isolamento da paciente.

Em várias sessões foram trabalhadas as distorções cognitivas, valendo-se dos relatos da paciente. Em uma das sessões ela descreveu um pensamento automático “eu sou estranha”. Retomou situações que vivenciou no ambiente escolar em que ficava isolada, pois percebia que os outros a olhavam de maneira diferente, gerando vergonha e retraimento. É comum que pessoas com fobia social interpretem pistas sociais de forma equivocada gerando sintomas físicos de ansiedade, sintomas comportamentais (e.g., isolamento), e cognitivos [e.g., as distorções e crenças de desvalor (Ito et al., 2008)]. J. foi estimulada à identificação destas distorções

cognitivas, através da rotulação e leitura mental, com isso pôde compreender que este pensamento automático influenciava os sintomas físicos, emocionais e comportamentais da ansiedade. Através do questionamento socrático foi estimulada a flexibilização deste pensamento e da crença central de desvalor, buscando assim uma reestruturação cognitiva.

Atualmente a paciente continua em tratamento, em sessões individuais e em grupo. O atendimento em grupo diminui o isolamento social e age como forma de exposição, contribuindo com o tratamento dos pacientes com fobia social (D'el Rey & Pacini, 2005). Apresenta remissão dos sintomas fóbicos, apesar de ainda demonstrar retraimento em situações sociais.

A fobia social é uma perturbação de grande prevalência na atualidade. Considera-se como tratamento eficaz a combinação de TCC e tratamento farmacológico. Neste caso específico, foi possível verificar uma melhoria significativa nos sintomas fóbicos e de isolamento social, porém existe resistência significativa dos familiares a aderirem à proposta de tratamento. Para a promoção de saúde mental, é necessário o auxílio da família na terapia como parte da rede de apoio. Neste caso, o CAPS II, como serviço público e clínica ampliada, apesar das suas limitações, foi fundamental como rede de apoio e para um prognóstico positivo desses usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- Almeida, P. A., Silva, P. M. C., Espínola, L. L., Azevedo, E. B., & Ferreira Filha, M. O. (2013). Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 528-534. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400010>
- American Psychological Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2007). *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde do Brasil (2015). *Saúde mental em dados*. Ano 10, n. 12. Retirado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental>
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005). Tratamento da fobia social circunscrita exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 231-235. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n4/26057.pdf>
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social – Estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 57, 122-126. doi: 10.1590/S0047-20852008000200007.
- Santos, L. F., Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, E. C., & Crippa, J. A. S. (2011). Tratamentos farmacológicos para o Perturbação de ansiedade social: Existem novos parâmetros na atualidade? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 238-246. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n6/05.pdf>
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 96-101. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a07v30s2>
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Tratamento cognitivo e/ou comportamental e Perturbação de ansiedade social. *Revista de psiquiatria*, 31(3), 177-186. doi: 10.1590/S0101-81082009000300007
- Rodebaugh, T. L., Levinson, C. A., Langer, J. K., Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Brown, P., Liebowitz, M. R. (2017). The structure of vulnerabilities for social anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 250, 297-301. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.073.
- Sudak, D. M. (2008). *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática*. Porto Alegre: Artmed.