

RELATO DE CASO

Estratégias de reestruturação cognitiva no tratamento da fobia social

Cognitive reorganization strategies in social phobia treatment

Roseana Mara Aredes Priuli

Psicóloga graduada pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto e da USP- São Paulo - 1975, Especialista em Psicodrama pelo Instituto Riopretense de Psicodrama- 1998, Mestranda do Curso de Ciência da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- SP

Resumo Estudos comprovam a eficácia da abordagem cognitiva no tratamento da fobia social. O objetivo deste relato de caso é contribuir com a área, demonstrando a efetividade das estratégias de reestruturação cognitiva no tratamento deste transtorno. Paciente do sexo feminino, 36 anos, aprendeu nas dez primeiras sessões sobre o transtorno e as técnicas da terapia cognitiva, efetuando mudanças no padrão de pensamentos que a mantinham presa ao humor negativo e aos padrões evitativos de comportamentos. Estes mantinham os sintomas da fobia social e reafirmavam crenças de autodesvalorização e de inadequação social. Nas dez sessões posteriores aprendeu a identificar e registrar na folha de registro: situações problemas do dia-a-dia; medidas do estado de humor; identificação dos pensamentos automáticos; levantamento das evidências que apoiavam e refutavam os pensamentos automáticos; elaboração dos pensamentos alternativos e novamente medida do humor. Foi selecionada a seguinte situação exemplo: viajar de ônibus intermunicipal para ir ao trabalho, fato que fez a paciente apresentar modificações dos pensamentos disfuncionais, resultando na diminuição do humor negativo. Nesta situação, a ansiedade foi autopercebida com intensidade de 90% e após a reestruturação cognitiva, cujo reprocessamento lhe possibilitou uma interpretação mais realista, reduziu para uma intensidade de 50%. Os comportamentos de segurança mostraram frequência diminuída e concomitante aquisição de comportamentos adaptados e mais realistas. Estes resultados preliminares apontaram para a efetividade das estratégias de reestruturação cognitiva para o presente caso de fobia social.

Palavras-chave Fobia social; Reestruturação cognitiva; Exposição, Comportamento de segurança.

Abstract Studies confirm the effectiveness of the cognitive approach in the treatment of social phobia. This account aims at contributing to this subject by demonstrating the effectiveness of strategies used to acquire cognitive reorganization in such disorder.

A 36-year old female patient, learned about the inconvenience and the technique of the cognitive therapy in the first ten sessions by making changes in the pattern of thoughts which used to keep her involved in a negative mood and avoiding behavior patterns. These patterns assured the symptoms of social phobia and reassured self-beliefs of low values and social inadequacy. In the ten following sessions, she learned how to identify and to register the following data in her record paper: everyday problematic situations, measurement of mood conditions, identification of automatic thoughts, a pool of evidence which support or refused automatic thoughts, and elaboration of alternative thoughts as well as measurements of new mood conditions. One example such as going to work by bus showed changes in the automatics thoughts which reflected a decrease in the negative mood. In the situation, anxiety was self-perception in a frequency of 90% and after the cognitive reorganization, it decreased to 50%. Avoiding behavior showed decreased percentage with simultaneous acquisition of adapted and more realistic behaviors. These preliminary results provided the effectiveness of the strategies used to acquire cognitive reorganization in the treatment of such disorder.

Keywords Social phobia, Cognitive reorganization; to expose - security behavior.

Introdução

A reação de ansiedade, frente a uma variedade de situações sociais como falar em público, iniciar uma conversa, marcar um encontro, constitui uma manifestação normal e adaptativa, uma vez que permite às pessoas comportar-se de maneira adequada em interações sociais importantes. Entretanto, quando a ansiedade é muito intensa, tende a ser resistente após um tempo de interação ou após exposição repetida, interferindo no funcionamento social e gerando prejuízos na vida profissional; essa ansiedade adquire um significado e é chamada de transtorno de ansiedade social ou fobia social¹.

Vistos os critérios diagnósticos para ansiedade social de acordo com o DSM-IV (1995), os indivíduos com fobia social manifestam um medo excessivo de serem observados comportando-se de um modo humilhante ou embaraçoso – pela demonstração de ansiedade ou de desempenho inadequado – e de conseqüente desaprovação / rejeição por parte dos outros. Os fóbicos sociais podem ser incluídos em um subtipo generalizado (medo da maioria das situações de interação social e de desempenho) e em um subtipo mais circunscrito (medo de uma situação pública de desempenho e de algumas situações de interação social). As situações de desempenho mais temidas são: falar em público, comer e beber na frente dos outros, urinar em banheiro público e entrar em sala onde já estejam pessoas sentadas. As situações interacionais incluem conversar ao telefone, falar com estranhos, participar de reuniões sociais, interagir com o sexo oposto, lidar com figuras de autoridade e manter contato visual com pessoas não familiares².

Assim, o medo da avaliação negativa pelos outros é a marca da fobia social embora os fóbicos sociais desejem realizar o contato social que eles temem³.

Considerando a relevância desse transtorno, o objetivo desse estudo de caso é demonstrar a aplicabilidade e efetividade das estratégias de reestruturação cognitiva em uma paciente com o diagnóstico de fobia social, utilizando um método auto-administrável⁴.

A terapia cognitiva consiste na identificação, contestação e reestruturação de interpretações distorcidas que o paciente faz das situações sociais que lhe eliciam ansiedade. O modelo cognitivo tem como meta tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamento para permitir a correlação de erros lógicos ou de conteúdo por meio de perguntas que o conduz a constatar seus erros⁵.

Apresentação do caso

A paciente VL, 36 anos de idade, solteira, 2º. Grau de escolaridade; apresentou-se espontaneamente à terapia, motivada pelo desejo de realizar mudanças em sua vida. Conforme relatório psiquiátrico, o diagnóstico detectou o transtorno de fobia social do subtipo generalizado, pois temia a maioria das situações sociais, confirmadas nas sessões subseqüentes de terapia.

Verbalizava que “sempre que eu preciso me expor ou interagir com outras pessoas, penso que não vai dar certo, que os outros vão ignorar-me ou desprezar-me e esses pensamentos me dão medo e, se eu insistir em enfrentar a situação, sou acometida de taquicardia e forte ansiedade, corpo trêmulo e sudorese”. Por isso, no decorrer dos anos a paciente foi isolando-se das pessoas e das situações sociais como estratégia de segurança para evitar sentir-se ansiosa. A partir daí, sua vida se resumiu em viajar todos os dias para o trabalho, o qual era cansativo, permanecer em casa, de preferência em seu quarto, assistir televisão junto aos pais e receber a visita de seus dois sobrinhos.

Este estilo de vida adotado não lhe estava proporcionando prazer porque qualquer indício de mudanças nestes eventos cotidianos preditivos, como por exemplo: atraso do ônibus desencadeava fortes sentimentos de ansiedade e nervosismo. A partir daí a paciente desenvolveu comportamentos disfuncionais, tais como: aguardar com muita antecedência a chegada do ônibus; sentar-se na mesma poltrona, com a cabeça virada para a janela para não ser observada pelos passageiros e não precisar cumprimentar pessoas conhecidas; ocupar o refeitório nos primeiros horários para evitar que os colegas a vissem almoçando; não comparecer às reuniões de trabalho e sociais porque tinha medo de interagir com um grupo de pessoas; pensar que poderia estar sendo observada fazia-a enrubescer e ficar nervosa; não emitir opiniões de trabalho devido ao medo de ser ridicularizada.

A infância foi marcada por comparações com seus irmãos mais novos e, portanto, era-lhe exigida maior responsabilidade e obediência aos pais. Era vítima de castigos físicos como puxões de orelhas, xingamentos e proibições de brincar com amigas quando não atendia às expectativas do pai, de quem se distanciou cada vez mais. Na juventude, teve chances de trabalhar em escritórios; entretanto, não se adaptou; prestou serviços domésticos e por último trabalhava havia dois anos na lavanderia de um hospital.

Quanto ao plano de ação para a aprendizagem das estratégias de enfrentamento dos problemas sociais consistiu em dois momentos: o primeiro, desenvolvido em dez sessões estruturadas^{4,5}, em que a paciente aprendeu, por meio de informações apresentadas pelo terapeuta, leitura de material, exercícios e tarefas, os conceitos básicos da terapia cognitiva, que consistem nos procedimentos para realizar de modo planejado as mudanças de pensamentos distorcidos. Trata-se da etapa de aquisição de habilidades e conhecimentos, educando a paciente sobre o transtorno da fobia social; o modelo cognitivo; como discriminar as reações físicas, o humor, os pensamentos e os comportamentos; como estabelecer a relação entre pensamento e humor, pensamento e comportamento, pensamento e reações físicas, pensamento e ambiente; como identificar pensamentos automáticos, ou seja, a interpretação distorcida que ela faz da situação, para a compreensão dos estados de humor. As sessões foram intercaladas com tarefas e registros dos acontecimentos semanais e autobiografia no diário da paciente, o que permitiu um maior monitoramento do processo terapêutico.

O segundo momento foi desenvolvido em dez sessões estruturadas^{4,5}, nas quais a paciente utilizou uma folha específica de “registro de pensamentos” a partir das habilidades conceituais adquiridas no primeiro momento. Conforme as metas estabelecidas nas sessões, foram analisadas as experiências difíceis do dia-a-dia, por meio da técnica de exposição evocada e imaginária, contendo as seguintes especificações: 1– Situação: O que você estava fazendo? Com quem? Quando foi? Onde você estava? 2– Estados de Humor: Descreva com uma palavra cada estado. Avalie a intensidade do humor (0 a 100%) para cada um. 3– Pensamentos Automáticos: O que estava passando por sua cabeça instantes antes de você começar a se sentir deste modo? Algum outro pensamento? Circule o pensamento quente. 4– Quais as evidências que apóiam o pensamento quente? Liste. 5– Quais as evidências que não apóiam o pensamento quente? Liste. 6– Crie pensamentos alternativos. Escreva-os na folha de registro. 7– Meça novamente os estados de humor (0 a 100%) e registre.

Para o propósito deste artigo foi selecionada uma situação exemplo em que foram trabalhadas as distorções cognitivas com conseqüentes mudanças de pensamentos, humor e comportamentos. Neste procedimento, foi realizada uma revisão detalhada de evidências que confirmam e desconfirmam as hipóteses da paciente sobre a situação vivida, utilizando –se do questionamento socrático^{4,6}. Para o manejo da ansiedade, foi administrada a estratégia de exposição evocada⁷. Abaixo segue uma situação do relato:

Situação: Viajar de ônibus intermunicipal para ir ao trabalho.

Terapeuta: O quê você estava fazendo? Com quem? Onde estava e quando foi?

Paciente: Estava na rodoviária esperando o ônibus; como toda manhã, cheguei muito cedo e ele estava demorando. As pessoas começaram a chegar e eu já me coloquei na primeira da fila.

Terapeuta: Quais pensamentos passaram por sua cabeça naquele momento?

Paciente: Por que esse ônibus está demorando tanto? Pode chegar alguém conhecido e me ver; irá reparar em mim e fazer comentários sobre o meu visual; o motorista também vai me perceber e comentar do meu cabelo; não vou conseguir subir no ônibus; meu coração está disparado.

Terapeuta: Qual é o pensamento quente?

Paciente: Alguém conhecido aproximar-se para conversar.

Terapeuta: O que você sentiu naquele momento? Descreva com uma palavra cada sentimento.

Paciente: Estou ficando ansiosa, com as mãos trêmulas e geladas; taquicardia.

Terapeuta: Avalie de 0 a 100 a intensidade da sua ansiedade.

Paciente: 90%

Terapeuta: O que faz para enfrentar este tipo de situação provocadora de ansiedade?

Paciente: Chego bem cedo no ponto do ônibus e me posiciono bem na frente da fila; aperto minha bolsa contra o corpo para ninguém perceber meu tremor; cabeça e olhos baixos; sento-me sempre no mesmo lugar próximo à janela e olho para fora evitando olhar para os passageiros.

Terapeuta: Quais as evidências que apóiam os seus pensamentos?

Paciente: Às vezes o ônibus se atrasa; o motorista já reparou em mim e fez um comentário; sempre têm pessoas conhecidas que ficam conversando à toa e podem estar falando até de mim.

Terapeuta: Quais evidências que não apóiam seus pensamentos?

Paciente: O motorista é conhecido de todos e sempre conversa com os passageiros e também me cumprimenta; meu visual é sempre o mesmo e por isso não chamou a atenção de outras

pessoas; nenhum passageiro conversou comigo.

Terapeuta: Crie pensamentos alternativos para substituir aqueles, a partir da análise que fizemos até agora.

Paciente: As pessoas costumam conversar e interagir quando viajam; as pessoas estão vestidas semelhantes a mim e não há motivo para comentários; eu sou uma passageira como todos os demais.

Terapeuta: Avalie novamente o seu estado de ansiedade mediante esses novos pensamentos?

Paciente: 50% ansiosa. Aqui a paciente suspira.

No período das 20 sessões, outras situações foram analisadas obedecendo a estruturação do relato acima, tais como: esperar na fila do caixa de supermercados; demissão da chefia; tornar a frequentar as festas familiares, a igreja, as caminhadas e a conquistar amigos, segundo suas metas.

Resultados

O tratamento do transtorno da fobia social, cuja estratégia escolhida foi a de reestruturação cognitiva, possibilitou à paciente criar pensamentos alternativos, mais realistas e menos catastróficos, resultando no rebaixamento do nível de ansiedade e menor frequência de comportamentos de segurança. A paciente, dispoñdo de uma nova interpretação do fato, reestruturou seus pensamentos negativos de tal forma que ela não se auto-percebia mais como o centro das atenções, deixando de ter uma percepção exagerada da situação. Visto que se tratava de uma situação cotidiana, a paciente foi capaz de tornar a experimentar a situação com menor ansiedade, rebaixando o nível de 90% para 50%, não se prendendo a comportamentos de segurança como chegar antecipadamente no ponto de ônibus, esquivando-se de olhar para as pessoas, de cumprimentá-las e de interagir.

Discussão e Conclusão

Ao realizar os procedimentos que caracterizam o modelo cognitivo aliado à exposição para o manejo da ansiedade, foram alcançadas mudanças cognitivas, seguidas de rebaixamento na intensidade do humor ansioso, resultando em maior adaptação da paciente às situações de sua vida. Estas mudanças sugerem a desativação, na paciente, das crenças de autodesvalorização e inadequação social.

De acordo com a literatura, os resultados alcançados nesse relato de caso reafirmam que a terapia de reestruturação cognitiva para o tratamento da fobia social é efetiva, utilizando-se também de estratégias combinadas de exposição^{6,7,8}.

Finalmente, é necessário uma maior difusão desta abordagem para um incremento de seus benefícios na área da saúde mental.

Referências Bibliográficas

1. Falcone E, Figueira I. Transtorno de ansiedade social. In: Range B, organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 183-7.

2. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-IVTM. 4^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.392-8.
3. Hope DA, Himberg RG. Fobia social e ansiedade social. In: Barlow DH, organizador. Manual clínico dos transtornos psicológicos. 2^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.119-60.

4. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Range BP. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. J Bras Psiq 1994;43(6): 327-31.
6. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
7. Falcone EO. O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. Psiq Clin São Paulo 2001;28(6):309-12.
8. Papagerorgiou C, Wells A. Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. Behav Res Ther 2001;39:713-20.

Correspondência:

Roseana Mara Aredes Priuli
Av: Jucelino K. de Oliveira, nº 1220
Recanto Real – Rua 4, nº 440
15091-450 – São José do Rio Preto – SP
Fone: 17- 3216 2546
E-mail: rosianap@terra.com.br
