



Universidades Lusíada

Carvalho, Joana Rita

Fobia social e perturbação obsessivo-compulsiva na adolescência : um estudo de caso

<http://hdl.handle.net/11067/1333>

<https://doi.org/10.34628/6bhh-h833>

Metadados

Data de Publicação	2014
Resumo	As Perturbações de Ansiedade são bastante frequentes durante a adolescência. Este estudo descreve um caso de Fobia Social (FS), generalizada, e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), segundo os critérios de diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2002). A avaliação decorreu com base numa entrevista semiestruturada realizada junto de uma adolescente e dos seus pais. Realizou-se uma intervenção de natureza cognitivo-comportamental com esta adolescente por se tratar de uma abordagem terapêutica empiricamente ...
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 05, n. 1 (Janeiro-Junho 2014)

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:09:37Z com informação proveniente do Repositório

**FOBIA SOCIAL E PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-
COMPULSIVA NA ADOLESCÊNCIA:
UM ESTUDO DE CASO**

**SOCIAL PHOBIA AND OBSESSIVE-COMPULSIVE
DISORDER IN ADOLESCENCE:
A CASE STUDY**

Joana Rita Carvalho

Universidade do Porto

Contacto para Correspondência:

Joana Carvalho

Laboratório de Fala

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Rua Doutor Manuel Pereira da Silva

4200-392 Porto

joanadcarvalho@fpce.up.pt

Resumo: As Perturbações de Ansiedade são bastante frequentes durante a adolescência. Este estudo descreve um caso de Fobia Social (FS), generalizada, e Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), segundo os critérios de diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2002). A avaliação decorreu com base numa entrevista semi-estruturada realizada junto de uma adolescente e dos seus pais. Realizou-se uma intervenção de natureza cognitivo-comportamental com esta adolescente por se tratar de uma abordagem terapêutica empiricamente testada e considerada apropriada para o tratamento da FS e POC. A intervenção teve como principais objectivos: compreender a ansiedade, reduzir os sintomas físicos relacionados com a ansiedade, reduzir o medo de ser avaliada, eliminar comportamentos de segurança, desenvolver competências sociais, reduzir a ansiedade em situações

sociais específicas, eliminar o evitamento de situações sociais e alterar esquemas relacionados com a necessidade de ser aprovada e de se sentir inadequada ou incompetente. E, ainda, reduzir os pensamentos intrusivos, eliminar compulsões e modificar esquemas de perigo e responsabilidade. Por último, adquirir competências de prevenção de recaída. No sentido de alcançar os objectivos referidos, recorreu-se às seguintes estratégias/intervenções: formação psico-educacional, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, exposição às situações sociais temidas, treino de competências sociais, exposição aos pensamentos intrusivos e prevenção da resposta, tarefas para casa e revisão. Após o processo psicoterapêutico a adolescente consegue interagir, com satisfação, nas mais diversas situações sociais e não executa rituais. Apesar desta intervenção se ter demonstrado apropriada, são necessários estudos que avaliem o impacto e a prevalência desta comorbidade específica (FS e POC), bem como a eficácia deste tipo de intervenções.

Palavras-chave: fobia social; perturbação obsessivo-compulsiva; adolescência; caso clínico.

Abstract: Anxiety Disorders are very common during adolescence. This study describes a case of social phobia (SP), generalized, and Obsessive Compulsive Disorder (OCD), according to the diagnostic criteria of the DSM-IV-TR (APA, 2002). The evaluation was based on a semi-structured interview with the adolescent and their parents. We conducted a cognitive-behavioral intervention with this teenager, because it is a therapeutic approach empirically tested and suitable for the treatment of SP and OCD. The main goals of this intervention were: to understand the anxiety, reduce physical symptoms related to anxiety, reduce the fear of being evaluated, eliminating safety behaviors, develop social skills, reduce anxiety in specific social situations, eliminate the avoidance of social situations and modifying schemas related with the need for approval and the feeling of be inadequate or incompetent. And also, reduce intrusive thoughts, eliminating compulsions and modify schemes of danger and responsibility. Finally, acquire skills to prevent relapse. In order to achieve the aforementioned objectives, we used the following strategies/interventions: psycho-education training, relaxation techniques, cognitive restructuring, exposure to feared social situations, social skills training, exposure to intrusive thoughts and response prevention, tasks home and review. After the psychotherapeutic process, the teenager can interact with satisfaction in several social situations and she doesn't does not perform rituals. Despite this intervention has been shown appropriate, studies are needed to assess the impact and prevalence of this specific comorbidity (SP and OCD) and the effectiveness of such interventions.

Key-words: social phobia; obsessive compulsive disorder; adolescence; case study.

Introdução

As Perturbações de Ansiedade são bastante frequentes durante a infância e adolescência. Vários estudos indicam que aproximadamente 2,5% a 5% das crianças e adolescentes preenchem, em algum momento, os critérios de diagnóstico para uma Perturbação de Ansiedade (e.g., Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn, & Sack, 1997). Estima-se que 40% a 60% das crianças que apresentam sintomatologia ansiosa preenchem os critérios de diagnóstico para mais do que uma Perturbação de Ansiedade (e.g., Benjamin, Costello, & Warren, 1990; Kashani & Orvaschel, 1990). No entanto, a comorbilidade entre a Fobia Social e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva é um fenómeno que carece de investigação (Baldwin, Brandish, & Meron, 2008). O presente estudo descreve um caso de Fobia Social, generalizada, e Perturbação Obsessivo-Compulsiva na adolescência.

Apresentação do caso clínico

Identificação

A Anabela (nome fictício) tem 17 anos. É filha única e pertence a uma família de nível socioeconómico médio. Frequenta o 12^o ano de escolaridade e nos tempos livres pratica remo. Namora há 3 anos com um colega de turma da mesma idade.

Problema apresentado

A adolescente foi orientada para a consulta de psicologia pela sua pedopsiquiatra. Segundo a informação clínica anexada ao pedido de consulta, trata-se de uma utente com Perturbação de Ansiedade grave, com episódios de agudização com sintomas psicossomáticos.

A adolescente refere ter muitas dificuldades em estar diante de pessoas novas. Mesmo com os colegas de turma e do remo que já conhece há muito tempo não se sente à vontade. Diz que não se relaciona com eles e que o único amigo que tem é o namorado. Refere sentir-se ansiosa em diversas situações sociais, pois parece que toda a gente olha para ela. Tem medo de dizer ou de fazer alguma coisa errada e que pensem que ela é incompetente ou inadequada e isso seria a pior coisa que lhe poderia acontecer. Desvaloriza-se e sente-se inferior em relação aos outros.

Os pais consideram que a filha é muito tímida, envergonhada e que tem baixa auto-estima. A mãe diz que a filha não fala com as pessoas. Relata, por exemplo, que quando vão a um café ou a um restaurante, são os pais que fazem o pedido porque a Anabela não o consegue fazer. Esta evita pedir coisas nos restaurantes e nas lojas; estar com pessoas da sua idade; ir a sítios novos; ter de falar com

alguém que não conhece ou alguém importante tal como o professor; fazer coisas importantes, como por exemplo informar-se sobre algo na secretaria da escola (porque tem medo de se enganar ou de lhe perguntarem algo que não saiba responder); falar ao telefone/telemóvel (porque tem medo que surjam silêncios e de ficar sem saber o que dizer, comunicando apenas através de mensagens escritas), etc... Perante estas e outras situações, relata que muitas vezes fica com a respiração ofegante, o coração acelerado e as mãos suadas e a tremer.

A Anabela referiu ainda que quando está a fazer testes e trabalhos, não consegue evitar de ler quatro vezes a última frase que escreve, o que a faz perder muito tempo e deixa-a muito preocupada em relação aos exames nacionais. Também não consegue evitar bater com a mão na mesa (ou noutro objecto, de preferência feito de madeira) sempre que tem um “pensamento mau” (por exemplo: pensar que vai tirar uma má nota) porque se não o fizer, as coisas más podem acontecer. No mínimo tem o impulso de bater nalgum objecto duas vezes por dia. Nos dias em que está muito ansiosa, não tem noção do número de vezes que chega a bater num dado objecto, ficando muito preocupada com a possibilidade de se ter esquecido, em algum momento do dia, de executar esse ritual aquando a ocorrência de determinado “pensamento mau”.

História do problema e tentativas prévias de tratamento

A Anabela foi reencaminhada pelo médico de família para a consulta de pedopsiquiatria quando tinha 13 anos por apresentar perda do apetite e de peso e ocorrência de frequentes episódios de vómitos. Nessa altura estava muito preocupada com os resultados escolares (frequentava o 8º ano de escolaridade) e referia que era uma pessoa muito ansiosa, sempre preocupada e que se sentia feia. Os pais achavam-na muito insegura, introvertida e “respondona” (com irritabilidade).

Quando começou a namorar (aos 14 anos) preocupava-se muito com a relação. Queixava-se que se sentia enjoada, chegando a vomitar antes e quando estava com o namorado. Também se sentia enjoada nos dias que antecediam as viagens de estudo.

Aos 15 anos, após um traumatismo acidental na bexiga, a Anabela ficou muito preocupada e apresentou de forma exagerada várias queixas físicas, tendo-se dirigido várias vezes às urgências. A Anabela achava que tinha uma doença e que agora lhe custava comer e dormir por causa disso. Tinha medo que algum alimento lhe pudesse fazer mal ou de bater com alguma parte do corpo em alguma coisa e ficar doente. Apresentava pouca confiança na realização das actividades do dia-a-dia.

Nos últimos 10 meses nota-se que a Anabela está muito resistente a situações novas e a pessoas que não conhece, apresentando muita ansiedade. Relativamente aos rituais relatados pela Anabela, estes ocorrem desde o 6º ano de escolaridade.

A Anabela frequenta a consulta de pedopsiquiatria desde há 4 anos, tendo realizado várias terapêuticas psicofarmacológicas até à data. Encontra-se medicada com Sertralina 75mg/dia, uma vez que com 100mg/dia não obteve melhorias adicionais.

História médica

Não existe história passada ou actual de patologia médica relevante. A Anabela realizou vários exames clínicos (endoscopia, análises ao sangue, uma tomografia axial computadorizada e uma ressonância magnética cerebral) que não revelaram a existência de qualquer problema do foro orgânico.

De referir que não existe história familiar de doenças do foro psicológico.

História biopsicossocial

A Anabela foi um bebé desejado e esperado, nascido a termo e de uma gravidez sem intercorrências. Segundo os pais, a Anabela teve um desenvolvimento normal, tendo começado a andar e a falar por volta dos 12 meses. Foi amamentada com leite materno no primeiro mês e nos seguintes passou a usar o biberão. Segundo a mãe, deixou de utilizar a chupeta e o biberão muito cedo. Fez o controlo de esfíncteres (de dia e de noite) por volta dos dois anos. A mãe considera que a Anabela foi um bebé “fácil”.

Frequentou o infantário a partir dos 3 anos, com uma boa adaptação. Até essa idade, ficava aos cuidados da avó. A mudança para a primária ocorreu sem problemas. Manteve praticamente os mesmos colegas (alguns grandes amigos) desde o infantário até ao 9º ano. Quando transitou para o 10º ano mudou de escola, mas não se verificaram grandes dificuldades de adaptação (embora nunca se tenha sentido à vontade com os novos colegas de turma nem depois com os colegas do remo). Começou a namorar nesse ano e entretanto acabou por perder o contacto com os seus antigos amigos.

Foi sempre uma aluna com bom rendimento escolar (apesar de achar que tudo o que faz, é mal feito), muito preocupada com os estudos e exigente consigo própria. Relata que fica muito ansiosa na apresentação de trabalhos e que é muito cuidadosa na escrita dos mesmos e a responder nos testes. Raramente tem erros porque lê 4 vezes a última frase que escreve (apesar do tempo limitado dos testes) e é por isso que não tem notas mais baixas.

A Anabela considera que sempre foi uma pessoa muito ansiosa. Nos últimos tempos imensas situações causam-lhe mal-estar, ao ponto de querer fugir delas e de as evitar sempre que pode. Admite também ser uma pessoa extremamente organizada, teimosa e perfeccionista. E que apesar de se esforçar por fazer as coisas bem, acha sempre que as coisas vão correr mal. E, por isso, sempre que ocorre um “pensamento mau”, bate com a mão nalgum objecto de madeira, pois sempre que o faz os “pensamentos maus” não se concretizam.

Tem um bom relacionamento com os pais, apesar de serem muito protectores e de imporem regras inflexíveis. Refere que os pais não a deixam sair de casa depois de uma dada hora, ao contrário dos colegas que saem a partir dessa hora. Sempre foram muito relutantes em a deixar ir a visitas de estudo e em fazer actividades extracurriculares. Quando era mais nova irritava-se muito com eles, agora sabe que não vale a pena discutir.

A Anabela diz que o namorado também é muito envergonhado, refere que ele não gosta de fazer coisas novas e é muito ciumento. Considera o namorado a única amizade que tem. Quando saem (nunca em grupo) vão sempre aos mesmos sítios e se é necessário ter de fazer algo que a deixe ansiosa, o namorado faz por ela. É o seu primeiro namorado, tendo sido uma surpresa quando ele a pediu em namoro. Na altura chegava a vomitar antes e enquanto estava com ele, com a preocupação de poder correr alguma coisa mal entre eles. Actualmente sente-se muito mais à vontade e tranquila (nunca tiveram relações sexuais porque a Anabela para já não se sente preparada), contudo não consegue, por exemplo falar com ele ao telemóvel (ou com os seus pais) com medo de ficar sem saber o que dizer. Refere que os seus pais confiam e gostam muito dele. Preferem que ela esteja com ele em vez (da possibilidade) de ela sair com outros colegas. Também já conheceu os pais dele e sempre que está com eles, fica muito envergonhada e passa o tempo todo em silêncio.

Estado mental

Nas consultas iniciais, a Anabela apresentou-se bastante ansiosa, com muita dificuldade em manter contacto ocular, adoptando uma postura cabisbaixa e esfregando constantemente as mãos, uma na outra. Apesar do evidente nervosismo sentido pela adolescente, esta foi sempre muito colaborante e esforçada, demonstrando elevado *insight* e vontade de mudar.

Revelou-se ser uma pessoa simpática e agradável, com um discurso rico e fluente, bem orientada no espaço e no tempo, e com humor e afecto congruente e adequado ao conteúdo do seu discurso. Apresenta uma aparência cuidada e vestuário discreto.

Avaliação

A avaliação decorreu com base numa entrevista semi-estruturada realizada junto da Anabela e dos pais. Desta entrevista destaca-se a problemática da ansiedade da Anabela como principal preocupação dos pais e da própria Anabela: "Sempre fui assim, quem me dera não ser..."

Proposta de diagnóstico

Eixo I	300.23	Fobia social, Tipo Generalizado [F40.1]
	300.3	Perturbação Obsessivo-Compulsiva [F12.8]
Eixo II	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III	Nenhum.	
Eixo IV	Nenhum.	
Eixo V	AGF = 55	(no momento da avaliação)
	AGF = 85	(actual)

Justificação do diagnóstico

Utilizou-se o sistema multi-axial proposto pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) para avaliar a problemática da Anabela:

Eixo I:

Verificou-se que a Anabela apresenta todos os critérios de diagnóstico para a Fobia Social, generalizada e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

O diagnóstico de Fobia Social justifica-se, uma vez que a Anabela apresenta um medo acentuado e persistente de várias situações sociais nas quais está exposta à possível observação de outras pessoas. A exposição às situações sociais temidas provoca quase sempre ansiedade e, conseqüentemente são evitadas ou enfrentadas com intenso mal-estar, o que interfere de forma significativa com o seu funcionamento a vários níveis. Recorreu-se ao especificador “generalizada”, na medida em que a Anabela se sente ansiosa na maioria das situações sociais, e conseqüentemente, evita sempre que pode situações de desempenho público e de interacção social. De mencionar a Anabela apresentou uma ansiedade social exacerbada nos 10 meses que antecederam o momento de avaliação, pelo que se encontra cumprido o Critério F. (duração de pelo menos 6 meses em sujeitos com idade inferior aos 18 anos).

O que caracteriza a Perturbação Obsessivo-Compulsiva é a presença de obsessões (as quais causam mal-estar e ansiedade) e compulsões (usadas para neutralizar a ansiedade) recorrentes. As obsessões da Anabela tomam a forma de pensamentos intrusivos que provocam mal-estar (“vai correr mal”; “vou ter má nota”), por sua vez as compulsões da Anabela tomam a forma de comportamentos (bater com a mão) e verificações (ler 4 vezes a última frase que escreve), que executa em resposta aos pensamentos intrusivos. As obsessões e compulsões da Anabela provocam mal-estar e interferem com o seu funcionamento ocupacional e académico.

Eixo II:

Excluiu-se o diagnóstico de Perturbação Evitante da Personalidade (que se caracteriza por um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa) e o de Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (caracterizada por um padrão de preocupação com

a ordem, perfeccionismo e controle). Ambos caracterizados por padrões estáveis de experiência interna e comportamento que se desviam marcadamente do que seria esperado para o indivíduo numa dada cultura, inflexíveis, globais e estáveis ao longo do tempo. A Anabela sempre foi uma pessoa tímida e envergonhada, contudo só nos últimos 10 meses é que se evidenciou uma inibição social marcada, causadora de incapacidade funcional significativa. Relativamente à Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, o perfeccionismo da Anabela e a preocupação com pormenores (nos trabalhos escolares) não são prejudiciais ao ponto de se perder a finalidade e o cumprimento das tarefas a realizar. E, portanto, considerou-se que a Anabela não apresenta nenhuma Perturbação da Personalidade.

Eixo III:

O Eixo III destina-se a indicar situações clínicas do estado físico geral que são relevantes para a compreensão ou a atitude clínica a tomar face à perturbação mental do indivíduo. A Anabela não apresenta nenhuma situação desta natureza.

Eixo IV:

Não se detectou a existência de problemas psicossociais e ambientais de relevo que pudessem interferir com o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico das perturbações mentais, com base nas categorias propostas pelo DSM-IV-TR (APA, 2002).

Eixo V:

Foi proposto um AGF inicial de 55, uma vez que a sintomatologia ansiosa da Anabela interfere de forma moderada com o seu funcionamento social, ocupacional e escolar. Actualmente considera-se um AGF de 85, dada a sintomatologia mínima que apresenta e o bom funcionamento em todas as áreas.

Diagnóstico diferencial

Para o diagnóstico diferencial teve-se em consideração os seguintes pontos:

- Excluir etiologia relacionada com substâncias
No caso da Anabela não é apropriado o diagnóstico de Perturbação Induzida por Substância, pelo facto de nenhuma substância (droga de abuso, medicação ou exposição a tóxico) estar etiologicamente relacionada com as perturbações de ansiedade que apresenta.
- Excluir etiologia relacionada com estado físico geral
Exclui-se a Perturbação de Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral, dado os sintomas de ansiedade e as obsessões e compulsões da Anabela não serem consequência fisiológica directa de um estado físico geral específico.

- Determinar a Perturbação primária específica

Apesar de a Anabela apresentar um historial de ansiedade antecipatória face a diversas situações (por exemplo, as visitas de estudo, o namoro...) e preocupações excessivas em relação ao seu desempenho escolar (que ocorriam mesmo quando não estava a ser avaliada pelos outros), não se encontram cumpridos os critérios necessários para o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada (caracterizado por uma ansiedade e preocupação exagerada relativamente a um conjunto de acontecimentos/actividades que ocorre em mais de metade dos dias por um período de pelo menos 6 meses).

A Anabela apresenta alguns sintomas que caracterizam o Ataque de Pânico (dificuldades em respirar, ritmo cardíaco acelerado, suores e tremores), no entanto estes não são critérios suficientes para se considerar a existência de Ataques de Pânico situacionais ou situacionalmente predispostos e por isso exclui-se o diagnóstico de Perturbação de Pânico. As situações evitadas na Fobia Social envolvem a possível observação por parte de outras pessoas, já na Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico as situações evitadas podem ou não implicar a observação de outros (por exemplo: estar sozinho em casa ou fora de casa). De um modo geral, os sujeitos com evitamento agorafóbico preferem estar com um companheiro de confiança perante a situação temida, por outro lado as pessoas com Fobia Social podem sentir-se ainda mais ansiosas devido à observação adicional do companheiro, como acontece por vezes com a Anabela. Esta (tal como outras pessoas com o diagnóstico de Fobia Social) apesar de ter medo do embaraço, tem capacidade e interesse nos relacionamentos com as pessoas que conhece, já as pessoas com Perturbação Global do Desenvolvimento ou Perturbação Esquizóide da Personalidade evitam situações sociais devido à falta de interesse no relacionamento com os outros.

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva não é diagnosticada se o conteúdo dos pensamentos ou actividades estiver exclusivamente relacionado com outra perturbação mental, por exemplo preocupação com a aparência na Perturbação Dismórfica Corporal; preocupação com os alimentos na Perturbação de Comportamento Alimentar; preocupação com um determinado objecto na Fobia Específica; e arrancar cabelos na Tricotilomania. A Perturbação Obsessivo-Compulsiva diferencia-se também das Parafilias, Jogo Patológico e Perturbações de abuso ou dependência de substâncias, porque o sujeito retira das actividades prazer e pode desejar resistir apenas pelas consequências nefastas da actividade. Distingue-se ainda da Hipocondria, uma vez que os pensamentos perturbadores recorrentes estão exclusivamente relacionados com o medo de ter uma doença grave com base numa interpretação errada dos sintomas somáticos (de referir que a Anabela chegou a apresentar no

passado sintomas físicos exagerados relacionados com o medo de ter uma doença). Como as obsessões não atingem proporções delirantes (a Anabela apresenta elevado *insight*), não se considerou o diagnóstico adicional de Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação. Relativamente às compulsões que a Anabela apresenta, estas distinguem-se dos tiques (na Perturbação de Tiques) e dos movimentos estereotipados (na Perturbação de Movimentos Estereotipados) porque ambos são tipicamente menos complexos e não têm como objectivo neutralizar uma obsessão; distinguem-se também dos comportamentos estereotipados bizarros (na Esquizofrenia), pelo facto de não serem egodistónicos e não serem sujeitos ao teste da realidade.

- Considerar a Perturbação de Adaptação ou categoria sem outra especificação
Não se justifica o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pois os sintomas da Anabela não ocorrem em resposta a um stressor. Dado preencher todos os critérios de diagnóstico para Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Fobia Social, generalizada não se recorre a nenhuma categoria residual (Perturbação Sem Outra Especificação).
- Considerar a não existência de Perturbação
A ansiedade e o evitamento da Anabela interferem de forma significativa com o seu funcionamento social, ocupacional e escolar e gerem evidente mal-estar. Por estas razões, considera-se o diagnóstico de Fobia Social, generalizada. Relativamente ao diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, este deve ser atribuído se as superstições e os comportamentos de verificação repetitivos forem particularmente consumidores de tempo (ler sempre 4 vezes a última frase que escreve) e resultarem em mal-estar (ter de bater em algum lado sempre que pensa em algo mau e ficar muito preocupada perante a possibilidade de se esquecer de o fazer e as consequências que daí advêm).
- Excluir a Perturbação Factícia e a Simulação
As Perturbações Factícias são caracterizadas por sintomas físicos ou psicológicos que são produzidos ou fingidos intencionalmente no sentido de o sujeito assumir o papel de doente. Na Simulação, o sujeito também produz os sintomas de um modo intencional mas tem um objectivo que se torna obvio uma vez conhecidas as circunstâncias envolventes. Nenhuma das Perturbações se apropria ao caso da Anabela.

Conceptualização

A Anabela desde muito cedo que apresenta sintomatologia ansiosa face a diversos estímulos. Alguns estudos genéticos e neurobiológicos apontam para

uma possível vulnerabilidade biológica no desenvolvimento de Perturbações de Ansiedade, nomeadamente no desenvolvimento da Fobia Social (e.g. Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992; Pollack, 2001) e da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (e.g. Stekettee, 1993). Outros estudos etiológicos analisam a relação entre algumas características temperamentais como o afecto negativo e a inibição comportamental e as Perturbações de Ansiedade. As crianças com elevado afecto negativo revelam uma tendência para apresentar maior sensibilidade a estímulos negativos e uma certa dificuldade em regular as suas emoções negativas (Kovacs & Devlin, 1998), bem como uma maior percepção de imprevisibilidade e não-controlabilidade dos acontecimentos. De facto, a Anabela tende a apresentar respostas ansiosas que poderão estar associadas à incapacidade de prever e controlar os acontecimentos. Por sua vez, a inibição comportamental relaciona-se com a introversão, a timidez, a fuga e o medo a pessoas e a objectos estranhos (Kagan & Snidman, 1999). A Anabela sempre foi considerada uma criança introvertida e com pouca iniciativa. Estas características têm sido associadas a respostas exageradas de protecção e de controlo por parte dos pais (Rubin, Nelson, Hastings, & Asendorpf, 1999). Segundo consta, os pais da Anabela sempre foram muito protectores e inflexíveis, o que poderá ter dificultado o seu comportamento exploratório e reforçado o seu retraimento, limitando a sua autonomia e a exposição a determinadas situações ameaçadoras. Outros factores ambientais têm sido associados ao desenvolvimento de um padrão de funcionamento ansioso. Rachman (1977) explica o desenvolvimento das perturbações ansiosas através do condicionamento directo, da aprendizagem por observação e por transmissão de informação. A associação de acontecimentos aversivos com situações previamente neutras pode fazer com que estas situações sejam, também elas, geradoras de ansiedade (princípio do condicionamento), assim a experiência pessoal da Anabela pode explicar em parte a ansiedade sentida em determinadas situações. A aprendizagem por observação mostra que através da modelagem, os medos podem ser adquiridos a partir da simples observação de outras pessoas a reagir de modo medroso e ansioso. Também podem ser aprendidos através da transmissão directa de informação negativa verbal por parte dos pais e de outros significativos.

A Anabela fica muito ansiosa na antecipação de várias situações de natureza social, apresentando expectativas negativas acerca da concretização satisfatória dessas situações (“acho que não vou conseguir”; “vai correr mal”; “toda a gente fica a olhar para mim”; “vão achar que sou estúpida.”), o que a impulsiona a evitá-las. Este evitamento, por sua vez, dificulta o desenvolvimento de certas competências sociais (ao se privar de diversas experiências) fomentando sentimentos de insegurança, incompetência e inadequação social. A falta dessas competências, a par com a percepção de “incapacidade” pode levar a Anabela a experienciar um maior número de situações negativas de interacção social. Desta forma, aumenta ainda mais a ansiedade e a apreensão que sente face às situações sociais temidas, sentindo-se cada vez menos capaz de lidar com elas

e com tendência a adoptar comportamentos de segurança (que a protejam das situações ameaçadoras), nomeadamente evitar o contacto ocular com os outros, falar o menos possível e tentar passar despercebida. Gerando-se, assim, um ciclo de reforço de comportamentos desajustados.

O evitamento da Anabela é também reforçado negativamente pelas pessoas próximas. Por exemplo, como a Anabela não se sente à vontade para fazer o pedido no café/restaurante, os pais pedem por ela (protegendo-a da ansiedade de ter de pedir), evitando dessa forma um possível embaraço. Sempre que a Anabela revela mal-estar, os pais (e o namorado) tendem a intervir por ela e a demonstrar uma certa preocupação, contribuindo para a sua vulnerabilidade.

As situações que a Anabela não consegue evitar são enfrentadas com muito mal-estar. A ansiedade sentida perante as situações sociais pode ser percebida como um sinal de ineficácia, o que poderá levar a expectativas irrealistas e perfeccionistas acerca do comportamento social considerado adequado à situação. Desta forma, a Anabela tende a focalizar-se em si própria, centrando-se nas suas “incapacidades” (intensificando a percepção de sintomas ansiogénicos) face ao modo como deveria comportar-se, pois acredita que há um risco muito elevado de agir de forma inadequada (por exemplo, “dizer alguma coisa errada”) e, conseqüentemente ser avaliada negativamente pelos outros. As pessoas com Fobia Social tendem a ser extremamente sensíveis a pistas que sugerem a possibilidade de uma avaliação negativa (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008). E, por isso, depois de enfrentada a situação social, a pessoa pode sentir necessidade de rever em detalhe o acontecimento como forma de se tranquilizar perante o medo de ter sido avaliada negativamente e das implicações terríveis dessa avaliação (por exemplo, ser excluída para sempre). Contudo, a percepção distorcida de informação seleccionada (por exemplo: um silêncio na interacção social percebida como culpa dela), juntamente com a recordação de aspectos emocionalmente intensos (mal-estar) e a associação a outras situações semelhantes percebidas como fracasso social contribui para que as situações sociais enfrentadas aumentem a ansiedade, a autocrítica exagerada, o sentimento de incompetência social e de vergonha e o evitamento de situações semelhantes (de convívio social). Assim, as situações de sucesso e de bom desempenho tendem a ser ignoradas, subestimadas e pouco valorizadas pela Anabela e os estímulos neutros erroneamente interpretados como negativos. E, por isso, crenças relacionadas com o medo de cometer erros e ser rejeitada, de ser incapaz, incompetente e inferior vão se manter (pois a pessoa tende a procurar factos que as confirmem e a ignorar os que contrariam). Daí, a sua baixa auto-estima e desvalorização pessoal (“Serei mesmo pior que os outros?”; “Tudo o que faço tem de ser mal feito por mim, porquê?”; “Porque arranjo defeitos em mim por qualquer coisa?”; “Porque razão serão para mim os outros mais do que eu?”).

Além das situações sociais, os pensamentos intrusivos podem também ser causadores de ansiedade devido aos sentimentos de culpa, vergonha, repugnância ou insegurança que despoletam. Com o tempo, esses pensamentos

podem ficar de tal maneira associados à ansiedade (por condicionamento clássico), que tais pensamentos passam a provocar intenso mal-estar (Salkovskis & Kirk, 1989). A pessoa começa então a ter medo desses pensamentos e a estar cada vez mais atenta a eles (hipervigilância), surgindo a necessidade de tentar evitá-los. Contudo, quanto mais uma pessoa tenta não pensar sobre determinado objecto, mais pensa sobre ele (Wegner, 1989), aumentando desse modo o seu mal-estar. Como não consegue controlar a sua ansiedade ao evitar os pensamentos problemáticos, a pessoa tende a procurar outras estratégias, nomeadamente a adopção de determinados comportamentos (compulsões) que reduzem temporariamente a ansiedade sentida e o desconforto associado às obsessões. Por exemplo, se uma pessoa tem medo de escrever com erros (e, conseqüentemente, ter má nota no teste), então deve ler no mínimo 4 vezes a frase para se certificar que a escreve bem e que terá uma boa nota. O comportamento adoptado consegue por momentos reduzir a ansiedade e o medo da pessoa (através da verificação repetitiva, a pessoa tranquiliza-se que realmente não vai ter erros) e, por isso, esta tende a repeti-lo (a acção é negativamente reforçada). Assim, a pessoa executa comportamentos específicos sempre que ocorre determinado pensamento até que as acções tomadas se tornam rituais que devem ser sempre cumpridos, pois aliviam o mal-estar provocado pelos pensamentos intrusivos e de certa forma parecem evitar a concretização desses pensamentos (“é raro ter erros nos trabalhos”; “apesar de poder ser coincidência, quando bato com a mão na mesa as coisas más não se realizam”). Com a repetição deste ciclo, os rituais e o possível evitamento a objectos ou situações que desencadeiam as obsessões, tornam-se cada vez mais frequentes e repetitivos.

Os sujeitos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva tendem a hiperestimar a probabilidade da ocorrência de eventos negativos e as consequências nefastas resultantes desses eventos (Salkovskis & Kirk, 1997). Por exemplo, a Anabela bate com a mão na mesa para evitar que um “pensamento mau” se concretize (fusão entre pensamento e acção). Se não o fizer, a Anabela fica muito preocupada, pois receia a concretização dos pensamentos negativos, que a realizarem-se serão culpa sua (“esqueci-me de bater e por isso aconteceu aquilo”), pois tende a responsabilizar-se pela concretização dos tais eventos, receando as possíveis consequências de admitir e assumir essa responsabilidade (sentimentos de culpa, vergonha...). A necessidade da Anabela de ter uma certeza absoluta (de que as situações negativas não vão acontecer) associada ao seu perfeccionismo pode despoletar dúvidas e preocupações excessivas. Como não é possível eliminar todos os riscos e incertezas, as situações podem ser percebidas como demasiado perigosas (e, por isso, todos os riscos devem ser evitados) e serem da sua responsabilidade (deveria conseguir controlar os meus pensamentos; se acontecer alguma coisa má, vai ser culpa minha) (Guidano & Liotti, 1983). Assim, através dos rituais (que funcionam como acções preventivas) a Anabela consegue obter algum controle sob as situações temidas.

Intervenção

Optou-se por uma intervenção de natureza cognitivo-comportamental, por se tratar de uma abordagem terapêutica empiricamente testada e considerada apropriada para o tratamento da Fobia Social e da Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

A intervenção realizou-se ao longo de 13 sessões e teve como principais objectivos: compreender a ansiedade, reduzir os sintomas físicos da ansiedade; reduzir o medo de ser avaliada; eliminar comportamentos de segurança; desenvolver competências sociais; reduzir a ansiedade em situações sociais específicas; eliminar o evitamento de situações sociais; alterar esquemas relacionados com a necessidade de ser aprovada e de se sentir inadequada ou incompetente. E, ainda, reduzir os pensamentos intrusivos; eliminar compulsões; modificar esquemas de perigo e de responsabilidade; bem como adquirir competências de prevenção de recaída.

No sentido de alcançar os objectivos referidos, recorreu-se às seguintes estratégias/intervenções:

- **Formação psico-educacional**
Este ponto foi muito importante no processo inicial de intervenção porque a Anabela compreendeu a função adaptativa das respostas da ansiedade e a natureza dos pensamentos intrusivos; aprendeu a reconhecer a sua ansiedade através da identificação de vários sintomas (fisiológicos, cognitivos e comportamentais); e desmistificou-se algumas ideias da Anabela, nomeadamente a de ser um caso único e que a ansiedade não é possível de ser controlada. Explicou-se ainda como iria decorrer o processo terapêutico, tendo-se acordado alguns objectivos. Também se abordou com a mãe outras formas da família e o namorado ajudarem a Anabela a lidar melhor com a sua ansiedade.
- **Técnicas de relaxamento**
Utilizou-se o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a respiração diafragmática de forma a Anabela sentir um maior controlo sob as respostas fisiológicas próprias da ansiedade. Ao longo das sessões, a Anabela refere que o relaxamento a faz sentir bastante descontraída e que quando praticado à noite adormece com maior facilidade. Relata também que a respiração diafragmática a ajuda muito, por exemplo quando está prestes a fazer apresentações de trabalhos.
- **Reestruturação cognitiva**
Destaca-se algumas técnicas cognitivas utilizadas: descentração e observação do comportamento dos outros (estar atenta a sinais de ansiedade nos outros e como as pessoas em redor reagem a eles); duplo critério (por exemplo, “o que pensarias se uma colega tua se enganasse

durante a apresentação?"); análise do custo-benefício ("qual é a vantagem de pensar que as coisas vão sempre correr mal?"); examinar a fantasia temida ("o que de pior pode acontecer se te atrapalhares a pedir a ementa?"); estabelecer ponto zero nas comparações ("quem é o pior e o melhor aluno da tua turma? Entre eles, entre 0 e 100, onde é que tu estás?"); descatastrofiação ("e então?"); questionar a sobrestimação de probabilidades (de acontecer algo negativo e das consequências da ocorrência desse acontecimento) e identificar predições alternativas, recorrendo à análise da evidencia (dados concretos); entre outras....

- Exposição às situações sociais temidas

Em conjunto identificou-se todas as situações evitadas pela Anabela, que as classificou hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade que geram, desde as mais suportáveis até às situações mais temidas. A exposição foi feita segundo a ordem estabelecida, em imaginação e ao vivo. Através da exposição repetida (frequente e prolongada no tempo), a Anabela adquiriu o gosto pela realização das actividades temidas: "adoro ir almoçar com os meus colegas à cantina; agora estou sempre a telefonar para o meu namorado".

- Treino de competências sociais

Os momentos de *role play* foram extremamente importantes para o treino de competências sociais (manter contacto ocular, tolerar silêncios, iniciar conversas...). Em vários momentos, a Anabela admirou-se perante a facilidade com que alguns comportamentos poderiam ser executados, sentindo-se muito confiante a experimentá-los fora do contexto de consulta.

- Exposição aos pensamentos intrusivos e prevenção da resposta

A exposição repetida aos pensamentos intrusivos sem os tentar evitar ou neutralizar através de rituais permitiu à Anabela aperceber-se que é possível tolerar a passagem desses pensamentos e gradualmente acabou por extinguir todas as suas compulsões.

- Tarefas para casa

Os trabalhos de casa foram uma constante durante todo o processo terapêutico. A título de exemplo, destaca-se a prática das técnicas de relaxamento, o planeamento de actividades de lazer e de convívio social, o preenchimento de uma grelha de registo na qual a Anabela desafiou muitos dos seus pensamentos ansiosos, a elaboração de uma lista de qualidades pessoais com a ajuda das pessoas mais próximas...

- Revisão

De modo a finalizar o processo terapêutico procedeu-se a uma revisão e consolidação das aprendizagens realizadas até ao momento e uma retrospectiva de todo o processo.

Avaliação do processo terapêutico

A Anabela refere sentir-se “muito feliz” com o que consegue fazer agora (“coisas que antes não conseguia fazer e que nunca pensei conseguir fazer e que agora faço com naturalidade”): falar ao telefone, fazer os pedidos no restaurante/café, ir a sítios novos, pedir informações (numa loja, na rua), fazer coisas importantes (candidatura para a universidade), sair com os amigos, etc... Na última sessão relatou de modo entusiástico a forma como conseguiu reunir e liderar um grupo de aproximadamente 300 pessoas do seu liceu para um concurso entre escolas (tendo sido muito elogiada devido à sua iniciativa e desempenho). Refere que agora não dá grande importância aos “pensamentos maus”, pois já não pensa que as coisas vão sempre correr mal. Refere que antes era muito negativa e que agora se sente bem mais descontraída. Também deixou de ler repetidamente as frases dos trabalhos e dos testes, pois conforme se verificou, não era por isso que tinha melhores resultados. Os pais referem que a filha agora consegue fazer coisas de forma independente e que já não tem medo das situações do dia-a-dia. Os colegas acham que a Anabela está muito mais à vontade e que convive com eles. Os professores também notaram que ela está muito mais tranquila nas apresentações e participativa nas aulas. Relativamente à medicação, o processo de desmame está a ser progressivo e orientado pela pedopsiquiatra.

Discussão e conclusões

A intervenção terapêutica adoptada revelou-se apropriada a este caso clínico concreto. No entanto, são necessários estudos que avaliem o impacto e a prevalência desta comorbidade específica (Fobia Social e Perturbação Obsessivo-Compulsiva), bem como a eficácia deste tipo de intervenções (cognitivo-comportamental) no tratamento conjunto de ambas as perturbações.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baldwin, D. S., Brandish, E. K., & Meron, D. (2008). The overlap of obsessive-

- compulsive disorder and social phobia and its treatment. *CNS Spectrums*, 13(14), 47-53.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316. doi: 10.1016/0887-6185(90)90027-7
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- 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(2), 96-101. doi:10.1590/S1516-44462008000600007
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1536-41. doi:10.1016/S0006-3223(99)00137-7
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kendler, K. S., Neale M. C., Kessler R. C., Heath A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 273-81. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820040025003
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63. doi:10.1017/S0021963097001765
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-94. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00017-0
- Pollack, M. C. (2001). Comorbidity, neurobiology, and pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(12), 24-9.
- Rachman, S. (1997). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387. doi:10.1016/0005-7967(77)90041-9
- Rubin, K. H., Nelson, L. H., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23(4), 937-957. doi: 10.1080/016502599383612
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. M. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179-208). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 179-208). Oxford: Oxford University Press.

- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Guilford Press.