

ANSIEDADE SOCIAL: UM RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Jéssica Fell¹

Dulce Grasel Zacharias²

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma análise teórico-analítico, referente a um atendimento de psicoterapia realizado no Serviço Integrado de Saúde - SIS, durante a realização do Estágio Integrado de Psicologia. O caso na qual será discorrido este estudo, refere-se a um paciente que esta sendo atendido semanalmente, pela estagiária de psicologia Jéssica Fell e supervisionado pela professora e orientadora Dulce Zacharias. O mesmo apresenta características do transtorno de ansiedade social e questões familiares. Nesse sentido, o referido teórico retrata brevemente esses assuntos em interlocução com o caso atendido. A partir da abordagem sistêmica, foi possível entender que as relações familiares e sociais são muito significativas para compreensão e condução da psicoterapia.

Palavras-chave: Psicoterapia individual; abordagem sistêmica; ansiedade social; relações familiares.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, denominado de Teórico Analítico I, é parte integrante das atividades obrigatórias do Estagio Básico I e II. O referido teórico teve como objetivo abordar um estudo de caso de um atendimento psicoterápico realizado no Serviço Integrado de Saúde (SIS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), neste caso, com a abordagem sistêmica e supervisionada semanalmente pela orientadora Dulce Zacharias.

Nesse sentido, inicialmente irei relatar o caso de um jovem de 24 anos, solteiro, negro, com ensino superior completo, residente na cidade de Santa Cruz do Sul denominado de M.O., a fim de preservar a sua identidade. Nesse mesmo espaço denominado de caso clínico, relatarei brevemente e sucintamente a história do mesmo, a construção do genetograma, o entendimento clínico que se tem a partir dos atendimentos e as possíveis hipóteses

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Sistêmica.

² Docente do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e orientador de estágio curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Sistêmica.

diagnósticas. Posterior a esse primeiro momento descrevo a parte teórica relacionada com a hipótese diagnóstica para o referido caso, na qual o paciente tem características de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou também chamada de Fobia Social (FS). É importante deixar claro que o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social no caso apresentado foi determinado de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5.^a edição ou então DSM-V de 2014.

Após essa segunda parte, apresento a minha visão acerca da relação desse trabalho de estudo de caso com a ênfase escolhida de Política Pública e por fim minhas conclusões com a realização desse trabalho.

CASO CLÍNICO

Descrição do Caso

O referido paciente, denominado de M.O., que será relatado no decorrer desse trabalho, é um jovem que nasceu em 1992 na cidade capital, Porto Alegre, negro e com superior completo. Filho de pais casados que tiveram uma gestação planejada e que tinham a gravidez/nascimento do filho com o intuito de aproximar ainda mais o casal. M.O. morou com os pais desde seu nascimento e quando tinha três anos nasceu seu irmão. No entanto, nessa época, os pais estavam vivenciando uma relação conflituosa, pelo fato de que o pai bebia muito e tinha comportamentos agressivos. A partir de falas do paciente, até o nascimento do irmão o mesmo era um menino alegre e desinibido, mas com o passar do tempo e em decorrência dos conflitos presenciados com o seu pai alcoolizado, M.O. tornou-se um menino com muitos medos.

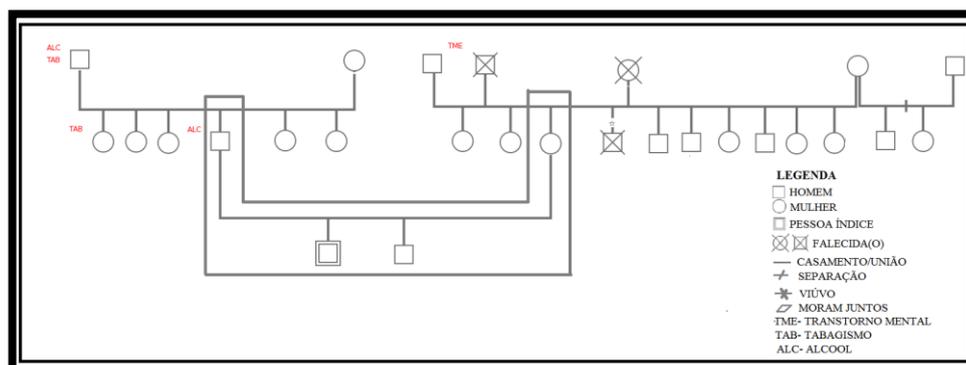
Na cidade natal, M.O. tinha dois amigos que tinha um vínculo forte e que sempre se visitavam e realizavam os trabalhos do colégio e da faculdade juntos. Contudo, esse vínculo perdeu a força, quando a família resolveu mudar-se para a cidade de Santa Cruz do Sul no ano de 2010. Ao chegar à cidade, o mesmo estava inconformado com a situação, bem como, com a transferência da faculdade, nesse sentido, os problemas de ansiedade que já eram presentes se agravaram chegando há trocar o dia pela noite e perdendo a interação com as demais pessoas. O irmão mais novo de M.O. era o único que interagia com ele, e que para isso muitas vezes trocava o turno para haver interação, a partir de partidas de vídeo game. Diante das inúmeras dificuldades que M.O. teve para se adaptar a cidade, e as carências afetivas, fizeram

com que o mesmo adquirisse uma instabilidade emocional e por vezes apresentava características melancólicas. Com base nisso, o mesmo relatou que sofre com intensidade e se decepciona com frequência nas relações pelo fato de que alimenta expectativas. No que se refere aos pais do paciente M.O., a mãe é doméstica e o pai é um policial aposentado.

Sob o ponto de vista do motivo pela busca de atendimento psicológico, M.O. procurou o Serviço em 2014 e desde então vem sendo acompanhado devido ao seu transtorno de Ansiedade Social. O seu motivo inicial pela busca de acompanhamento psicoterápico foi pelo fato de estar enfrentando sérios problemas no local em que estava estagiando na qual tinha verdadeiro pânico não conseguindo desempenhar o serviço proposto. Nesse mesmo período M.O. cursava Administração e com a chegada do fim do curso, o mesmo foi ficando cada vez mais ansioso, pois precisava fazer o Trabalho de Conclusão, por isso, M.O., necessitava continuar com a ajuda psicológica para conseguir enfrentar essa etapa e ao mesmo tempo lhe fortalecer para lidar com seus medos. Em 2016, M.O. conseguiu se formar, no entanto, não foi motivo de alegria e nem estímulo pelo fato de que o curso realizado nunca foi algo que ele se identificava, nesse sentido, após o término, M.O. se excluiu ainda mais dos contatos. No final de 2016, M.O. foi encaminhado para continuar com acompanhamento psicoterápico no ano de 2017.

A partir disso, cabe ressaltar que diante do quadro do paciente, o mesmo chega no ano de 2017 para os primeiros atendimentos com muitos temores, ansioso, inseguro e com dificuldade de expressar seus pensamentos. Relatou com muita dificuldade nos primeiros contatos de que não conseguia manter um diálogo com um pequeno grupo de pessoas, pois teme de que algo pudesse acontecer, como também, não consegue interagir com a sua própria família, sendo assim, não saía de casa e trocava o dia pela noite na tentativa de evitar tudo o que lhe cause medo ou pânico.

Genograma



No referido genograma demonstro através da imagem a família de origem dos pais do paciente, bem como a família com quem ele reside atualmente. É perceptível notar, e com o auxílio da legenda, de que M.O. mora com sua mãe, seu pai e seu irmão mais novo. O pai de M.O., como relatado anteriormente apresentou problemas decorrentes ao uso de álcool juntamente com o seu avô paterno que também fazia uso de álcool e tabagismo. Uma das tias de M.O., como demonstra na imagem também fazia o uso de tabagismo. No que se refere a família da mãe, é possível relatar que o avô materno possui um transtorno mental (esquizofrenia), e o mesmo (avô) foi casado com outra mulher após perder sua mulher na hora do parto juntamente com o seu primeiro filho homem. A mulher com que o avô de M.O. se casou já tinha em seu primeiro casamento dois filhos, uma menina e um menino.

Por fim é possível descrever que M.O. não possui contato com a família de origem de sua mãe, conhecendo eles, somente aos dois anos de idade, na qual não possui muitas lembranças a não serem fotografias e relatos de sua mãe/pai daquele tempo.

Entendimento dinâmico

O tratamento psicoterapêutico do paciente em todos os momentos, desde a sua chegada ao serviço, foi conduzido por estagiárias de psicologia com supervisões semanais com a orientadora, em que foram abordadas questões técnicas, teóricas e práticas para a melhor condução do caso.

No que se refere ao ano de 2017, foram realizadas no total, 17 sessões individuais de aproximadamente 50 minutos cada (sessões semanais) ao longo de quatro meses. Foi realizada uma conversa inicial, verificando a queixa principal, história atual, passada e familiar e história médica. Cabe destacar que não foram utilizados protocolos padronizados para essa conversa inicial. Foi destacada a abordagem da psicologia em qual está inserido, bem como o seu propósito, na qual seria prestar mais atenção em seu contexto familiar e as relações que o mesmo tem com a sua rotina de pensamentos e comportamentos atuais.

Nas primeiras sessões do referido ano, M.O., mostrou-se bastante inseguro e ansioso, tendo várias *tics* e não conseguindo verbalizar com facilidade o que gostaria. Coube a mim, estagiária de psicologia, possuir um entendimento do momento do paciente e da dificuldade que o mesmo estava tendo em decorrência de iniciar um processo terapêutico e consequentemente conversar com uma pessoa que nunca teve contato, mas que iria lhe acompanhar até o final do referido ano.

Aos poucos, no decorrer das sessões, M.O. cada vez mais, conseguiu se expressar e verbalizar de forma mais tranquila e serena seus pensamentos, posições e sentimentos acerca dos assuntos abordados. Cabe destacar que mesmo com algumas dificuldades de verbalizar o mesmo deixava claro o que estava lhe incomodando e o que sentia necessidade de ser abordado. A maneira que é utilizada para dar seguimento aos atendimentos, é tentarmos paciente e eu, deixar combinado sobre o que iremos trabalhar na próxima semana pelo fato de o mesmo ter relatado que em suas experiências anteriores de psicoterapia, no serviço, muitas vezes saía ansioso dos atendimentos pensando sobre o que poderia ter dito ou que seria comentado no próximo encontro. Acordamos que elencaríamos assuntos, mas que caso surgisse outros iríamos trabalhar o que estaria incomodando no momento, não ficando assim, demarcado tal conteúdo sem ao menos entender o contexto que o mesmo tenha passado e vivenciado durante a semana que se passa até o próximo encontro. No decorrer do processo psicoterapêutico, as situações especificam vivenciadas, foram tanto geradoras de ansiedade, como também tranquilizadoras de algumas questões que lhe causavam.

Com base nisso, é importante mencionar que posteriormente aos atendimentos de conhecer e entender um pouco a demanda, iniciamos um esboço sobre as questões familiares em virtude da abordagem que é utilizada nesse processo de psicoterapia.

Nesse sentido, de forma geral, no que se refere aos atendimentos realizados com M.O., o mesmo demonstrou boa capacidade de insights durante a psicoterapia, apresenta-se por vezes disposto, animado e falante, já em outros mais retrospectivos, calado. A partir disso, possui constantes evoluções; se empenhando para manter uma relação mais próxima com seus familiares, e de certa forma esforçando-se para interagir com os mesmos. Em determinadas situações, M.O. conseguiu colocar-se no lugar do outro, percebendo assim a forma como cada pessoa lida com os acontecimentos sejam eles positivos ou estressores, fazendo a partir disso isso reflexões acerca da sua vida.

É perceptível de que M.O. possui muitas mágoas para com seu pai devido ao uso de álcool de forma inconsequente na qual lhe tornou um dependente. A família nesse sentido estava desestruturada e desestabilizada frente a esse consumo e comportamentos advindos do pai. Em conversa com M.O., o mesmo delega que esses acontecimentos ajudaram para que se tornasse uma pessoa insegura, instável emocionalmente, carente de afeto, com dificuldades de se relacionar, e ainda, encontrando em seu quarto um refúgio que servia como uma válvula de escape para não visualizar e sofrer diante dos ocorridos. Sob o ponto de vista da figura materna na vida de M.O., é possível relatar que há uma vinculação bastante forte com ela,

como também com o seu irmão, figura essa, que M.O. afirma em determinados momentos, que é a única pessoa que ele consegue expor as suas ideias opiniões, sendo ele mesmo e sem medo.

É importante mencionar que é perceptível também que há um grande avanço no que se refere à interação com a família, estando assim, mais próximo de todos os integrantes, na qual todos estão cooperando resultando assim uma constante evolução do paciente. A família nesse sentido está unida em prol do bem estar de M.O., na qual se ajudam, estimulam, que apesar de várias questões enfrentadas, estão conseguindo se reerguer de forma plena e segura para seguir e lutar para a construção de uma nova família. M.O. está também se esforçando para conviver mais com a família, entendendo com mais clareza de como seus familiares se preocupam com ele e de como os momentos que passam juntos trazem benefícios a todos.

Sob o ponto de vista das atividades realizadas nos atendimentos com M.O. cabe ressaltar que até o momento utilizamos como ferramenta terapêutica a fala e a construção do genograma. Diante da construção do genograma é formidável mencionar que o mesmo foi construindo em partes durante os atendimentos e outra parte com a família. Neste sentido, M.O. considerou muito importante a construção do genograma visto que com ele pode conhecer e ter acesso a informações sobre a família de origem de sua mãe que fazem parte de sua história, onde muitas delas ele não tinha conhecimento, ou se tinha era muito fragmentada. A partir desta construção M.O. conseguiu perceber algumas questões geracionais, bem como, comportamentos e atitudes que algumas pessoas tiveram para conseguir lidar com determinadas situações. Foi possível perceber também que com essa construção o mesmo teve bastante apressado em realizar bem como, foi uma forma de o mesmo de forma muito genérica ter acesso a socialização e verbalização com a sua família, em especial a sua mãe.

Hipóteses clínicas

No que se refere às hipóteses clínicas do paciente em questão, é perceptível que o mesmo vem sendo acompanhado desde o início do seu tratamento por várias questões, mas que levam a possuir características de um transtorno de ansiedade social, mais conhecido por fobia social. Acredito que se confirma o referido diagnóstico pelo fato de que M.O. é extremamente retraído e com dificuldades para se comunicar até mesmo com os familiares. A insegurança, a desconfiança, os problemas relacionais, as críticas, as exigências, a carência

afetiva acarretam em uma baixa autoestima o que interfere na interação social, pois M.O. tem medo que as pessoas o rejeitem. Quando quer conversar com uma pessoa até mesmo um parente próximo ele fica extremamente ansioso, e sofre por antecipação por que fica pensando na situação, no que ele deve falar, que tipo de assuntos poderia ser interessante para manter a pessoa atenta a conversa, ele faz os problemas serem maiores do que eles realmente são por isso na maioria das vezes acabava desistindo de conversar com seus familiares, pelo medo de errar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Com base no estudo de caso descrito acima, ao longo dessa revisão teórica irei descrever um pouco sobre transtorno de ansiedade social, na qual o referido paciente possui características evidentes ao longo dos atendimentos e discursos realizados. É importante deixar claro que o diagnóstico de transtorno de ansiedade social no caso apresentado foi determinado em virtude de apresentar as características elencadas no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5.^a edição ou então DSM-V. (APA, 2014).

No referido Manual, a ansiedade patológica é classificada como transtornos de ansiedade, os quais estão agrupados como: Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS), Mutismo Seletivo (MS), Fobia Específica (FE), Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou Fobia Social (FS), Transtorno do Pânico (TP), Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Ansiedade induzido por substância/medicamento, Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica, outro Transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado. (APA, 2014).

Antes de iniciar a descrição sobre a referida patologia, cabe trazer nesse momento o que se refere uma fobia. Segundo Dalgarrondo (2008, p.71) “fobias são medos determinados psicopatologicamente, desproporcionais e incompatíveis com as possibilidades de perigo real oferecidas pelos desencadeantes, chamados de objetos ou situações fóbicas”.

Valença (2014) descreve que o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), surgiu pela primeira vez na nomenclatura psiquiátrica na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais. Embora a definição original tenha enfatizado a ansiedade relacionada ao desempenho, o DSM-III-R expandiu o conceito de TAS para incluir indivíduos cujo medo social se estenda para a maioria das situações sociais.

Nesse sentido, o Transtorno de Ansiedade social (TAS) também denominado de Fobia Social (FS) segundo o DSM-V (APA, 2014, p.190), é descrito como:

[...] indivíduo temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas. A ideação cognitiva associada é a de ser avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros. (APA, 2-14, p. 190)

Dalgalarrodo (2008, p. 321) nesse sentido, colabora descrevendo que “a fobia social caracteriza-se por um medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal, demonstrar certo desempenho ou situações competitivas e de cobrança. Clark e Beck (2012) descrevem ainda que as pessoas com fobia social caracterizam por serem extremamente inibidos e autocríticos nas situações sociais que lhes geram ansiedade, comportando-se de maneira tensa e rígida, com dificuldades em articularem-se verbalmente, ocasionando prejuízos no desempenho social.

No que se refere à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) a fobia social é definida como medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado. (OMS, 2008).

Com base nas definições acima, o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é considerado o terceiro problema de saúde mental mais comum, depois da depressão e do abuso de álcool (MARTINEZ et al., 2012). De acordo Angelico et al (2006), a fobia social tem sido considerada um grave problema de saúde mental pela sua alta prevalência e pelas incapacidades decorrentes no desempenho e nas interações sociais.

Segundo Costa e Ramos (2007) relatam sobre diagnóstico diferencial dos transtornos de ansiedade, onde descrevem que o medo e a ansiedade são sintomas comuns, mas a situação em que eles se apresentam é decisiva para o diagnóstico. Nesse sentido, na Fobia Social, o principal tremor envolve sentir-se humilhado ou envergonhado em situações sociais de interação ou de desempenho. O quadro de ansiedade social só deve ser considerado patológico quando o indivíduo apresenta comprometimento de sua funcionalidade, com prejuízos no âmbito profissional, pessoal ou social em decorrência do transtorno. (SCHIER, RIBEIRO & SILVA, 2014). Gonçalves & Heldt (2009) descrevem em seus estudos que os

transtornos de ansiedade podem não só ser preditores de psicopatologias na vida adulta, como também persistir desde a infância a maturidade, seguindo um curso crônico.

Esses indivíduos podem apresentar dificuldades apenas em situações de desempenho, como medo restrito a falar ou se apresentar em público, ou indicar medo associado a diferentes situações sociais. (APA, 2014). A 5ª edição do Manual dos Transtornos Mentais (DSM V) colabora destacando de que “os transtornos da ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados” (p. 230). Nesse sentido, o manual explicita de que estes dois estados se aplicam, mas também se diferenciam, pelo fato de que medo segundo o manual é uma resposta emocional independente se é real ou percebida, e já a ansiedade, é uma antecipação de alguma ameaça futura.

De acordo com Silva (2011, p. 19), o mesmo afirma que o medo é um sentimento universal: todos nós sentimos, está inato no ser humano é uma emoção primária necessária para proteção e perpetuação da espécie. Sua amplitude vai desde lutar ou fugir “até o acúmulo traiçoeiro que deságua no estresse e na ansiedade, levando ao esgotamento físico e mental”. No dia a dia ao reagirmos com frequência de forma exacerbada, aos imprevistos e as dificuldades, acabamos por adoecer. Nardi (2000, p. 2) ressalta ainda que o “transtorno de ansiedade social é o medo patológico de comer, beber, tremer, enrubescer, falar, escrever, enfim, de agir de forma ridícula ou inadequada na presença de outras pessoas, sendo uma condição comum e incapacitante”. Nesse mesmo sentido, Dalgalarondo (2008) ressalva que o indivíduo tentar evitar situações e reconhece o caráter absurdo de seus tremores. O evitar essas situações se refere à exposição com pessoas estranhas ou tidas como superiores segundo o referido autor.

Sob estes pontos de vista, M.O. traz no seu discurso indícios de extremo sofrimento ao tentar se comunicar ou interagir com pessoas estranhas, ou até mesmo ir a um mercado sozinho, são atividades que o deixam com sentimento de incapacidade. A principal característica do transtorno de ansiedade social que é o medo persistente e excessivo de ser avaliado ou julgado em situações de desempenho está presente no referido paciente em questão. Tarefas simples, como se comunicar com seus familiares que residem na mesma casa é algo muitas vezes de extrema dificuldade, ou até mesmo, caso consiga conversar, há uma dificuldade de se expressar de acordo com os seus sentimentos e vontades de determinados momentos.

Sobre a confusão entre timidez e fobia social, Olivares (2002) defende que ambas são antiadaptativas, no que se refere a compreender o comportamento do indivíduo na sociedade. Nesse sentido, Axia (2003) afirma que na percepção da mesma a um equívoco em querer conceituar a timidez em diferentes graus, pois segundo a autora, a timidez não é uma patologia a ser curada ou uma deficiência a ser superada, mas uma característica humana, da condição humana. O grande problema seria o fato de que a timidez parece ser um grande incômodo aos tímidos, já que os indivíduos temem a sua própria timidez.

Com base nisso, D'elrey (2001), define a timidez como sendo uma simples falta de confiança e de desenvoltura social, e que isto não causa danos ao indivíduo, diferentemente da fobia social, que segundo o autor, deve ser vista como um transtorno mental e por esta razão, deve ser tratada e medicalizada por ser entendida como uma psicopatologia. A partir dessas definições, é possível afirmar que tanto a timidez quanto a fobia social, caracterizam-se por problemas de relacionamento social em determinadas situações.

Segundo Mochcovitch, (2014) á estudos epidemiológicos que indicam que a fobia social apresenta grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional. Nesse sentido, Barbirato e Asbahr (2014) apontam as seguintes situações como as mais comuns que causam incômodo aos jovens com Fobia Social: (1) ler em frente à classe; (2) fazer apresentação esportiva ou teatral (musical) diante de outros; (3) iniciar uma conversação com pessoas estranha e mantê-la; (4) falar com adultos (que não sejam familiares); (5) escrever em frente a outros; (6) comer em locais públicos; (7) ir a festas; (8) fazer perguntas em sala de aula; (9) brincar com crianças que não sejam familiares; (10) participar de pequenos e grandes grupos; (11) usar banheiros públicos; (12) andar pelo pátio na hora do recreio; e (13) conversar ao telefone na frente de outros.

Diante das situações elencadas pelos autores é possível considerar que M.O. teve ou ainda tem algumas delas presentes atualmente e que lhe causam sofrimento e muita ansiedade. Sob esta mesma lógica, o DSM V descreve que há várias consequências funcionais da ansiedade social. Segundo o paciente M.O. podemos destacar que o tem em determinado momentos, algumas das características elencadas, como por exemplo, prejuízos no bem-estar do emprego e da produtividade no ambiente de trabalho. Esse caso é possível exemplificar os momentos que o mesmo passa com muita facilidade em processos seletivos para seus estágios, mas que quando inserido no local, não conseguia realizar as tarefas e havia muita dificuldade de interação com os colegas afim de que os mesmos pudessem lhe ajudar de

alguma maneira, nesse sentido, sempre abandonava por decorrência de se sentir pressionado e incapacitado de realizar as tarefas exigidas.

Sousa et al. (2014), descrevem que quando as pessoas se veem diante dessas situações, eles apresentam sintomas físicos intensos, os quais atrapalham ainda mais o seu desempenho, sendo que os mais comuns são: (1) taquicardia; (2) tremedeira; (3) sudorese; (4) tontura; (5) boca seca; (6) rubor; (7) dispneia; (8) parestesia; (9) diurese aumentada. No que se refere a M.O. é possível mencionar que demonstrou grande parte desses sintomas físicos nos primeiros encontros que tivemos e que de certa forma, me sentia desafiada a lidar com essas questões que nunca presenciei antes. Atualmente, durante os atendimentos, M.O. apresenta poucos sintomas físicos descritos acima, ou talvez de certa forma mais controlados. Nesse sentido, a Fobia Social é um transtorno com alta prevalência dentro da população. É um problema altamente incapacitante e que provoca diminuição na qualidade de vida, além de prejuízos acadêmicos e ocupacionais.

Sob o ponto de vista do tratamento para o Transtorno de Ansiedade Social, é importante destacar que diante da busca por matérias acerca dessa temática, foram encontradas por diversas vezes que a abordagem Terapias Cognitivas Comportamentais é a mais utilizada e demonstrou ser mais eficiente. Entretanto, essas questões podem ser trabalhadas em outras abordagens, inclusive na abordagem sistêmica. Pois no que se refere ao caso apresentado, foram percebidas também, além dessas questões da ansiedade social, questões familiares que fizeram surgir o sintoma. Além da psicoterapia para auxiliar esse transtorno, o mesmo dispõe de tratamento farmacológico. No entanto, não irei adentrar nesse quesito pelo fato de existirem inúmeras medicações cada uma com as suas especificidades, dependendo assim de cada caso, inclusive a dosagem a ser ministrada. No que se refere ao paciente M.O. também não irei descrever pelas questões relatadas acima e a fim de preservá-lo.

Como referido acima, o paciente M.O., possui questões familiares não resolvidas. Estas podem ter contribuído ou contribuem para as suas situações de ansiedade. Sendo assim, o atendimento com conteúdo sistêmico, neste caso, é de suma importância para auxiliar o indivíduo com transtorno de ansiedade social a encontrar alternativas para tranquilizar seus medos, e aos poucos conseguir interagir, porém para que isso de certo a terapia deve se estender para além do *setting* terapêutico. Nesse sentido, a família possui papel fundamental no tratamento, pois quando um membro se encontra adoecido desestabiliza toda a estrutura familiar. De acordo com Minuchin (1982, p. 21), “todo o ser humano se vê como uma

unidade, um todo, interagindo com outras unidades”, nesse sentido, “sabe que influi sobre o comportamento de outros indivíduos e que eles influenciam o seu”.

Orório (1996), colabora, relatando que a família possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos, apresentando algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias que estão intimamente relacionadas: funções biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais. No que se refere à família de M.O., é possível ressaltar que a mesma está caminhando para reestruturar a família e que como mencionado em outro momento, já passaram por longos períodos de conflitos, no entanto agora estão unidos na tentativa de ajudar M.O. a fortalecer cada vez mais seus vínculos.

Ainda dentro da perspectiva sistêmica, Pratas (2007) destaca que a família se constitui como uma organização complexa de relações. O desenvolvimento da família passa por fases evolutivas ao longo do seu ciclo vital, em cada etapa envolve processos emocionais, mudanças primordiais para o seguimento do desenvolvimento da família e individual. O paciente transparecia problemas relacionais que desencadearam de carências na estrutura familiar, a figura paterna se mostrou falha principalmente nos anos iniciais, por isso M.O. tinha dificuldade para superar crises, e seus problemas se originaram em decorrência dos conflitos familiares.

Com isso e concluindo essa questão do envolvimento e importância da família no tratamento, a mesma é transformada em figura central na recuperação do paciente M.O. visto que, como comentado em outro momento, em especial na descrição do caso clínico, na família do referido paciente encontram-se todos apoiados e solidários conseguindo perceber os avanços que M.O. vem demonstrando. Ainda é possível perceber que a família se encontra disponível sempre para as questões que M.O. tem dúvidas ou necessita de auxílio, facilitando ainda mais a sua adaptação com o Transtorno de Ansiedade Social.

ARTICULAÇÃO COM A ÊNFASE

Primeiramente cabe destacar que a ênfase pela qual optei para a realização das atividades obrigatórias no decorrer da execução do Estágio I e II, é a Psicologia e Políticas Públicas. Nesse sentido, segundo UNISC (2017 s.p) descreve que essa ênfase:

[...] estuda e investiga as suas construções, formulações, implementações, gestão, processos de avaliação e controle social na interface com o campo e a práxis da Psicologia. Faz com que se entenda histórica e socialmente, a produção dos movimentos sociais e seus efeitos nas produções de políticas públicas, analisando a formulação de políticas governamentais em diferentes grupos de interesses e repercussões na vida humana, bem como, em suas condições de existência. Estuda as mudanças políticas nas suas articulações com o campo da prática profissional do Psicólogo, na perspectiva de qualidade de vida e investigação dos processos de organização social, de autonomia, cidadania e da garantia de direitos dos sujeitos e das coletividades. (UNISC, 2017 s.p).

A noção de política pública na formação de futuros psicólogos busca enfrentar as tradicionais dicotomias entre o público e o privado, ressignificando assim, a sua dimensão política no âmbito de toda e qualquer prática implicada na produção de subjetividade. É possível nesse sentido, perceber o movimento que estou fazendo na realização desse estágio em uma Clínica Escola com teor mais clínico e com a realização dessa atividade obrigatória que possui uma análise mais clínica de determinado paciente. Contudo, por esse motivo, a Política Pública está inserida pelo fato de construir e sustentar possibilidade de existência com menos sofrimento psíquico para o paciente, bem como, o mesmo estar inserido na rede e trabalhando as suas questões biopsicossociais na instituição.

Pode-se nesse sentido, fazer referência à clínica escola como um local que:

[...] se configura como um lugar de planejamento e execução de práticas clínicas que reúnem estagiários e supervisores das profissões que trabalham com diagnósticos, tratamentos, reinserção social, prevenção e promoção de saúde. Presta assistência aprendendo no cotidiano a não desvincular Ensino, Pesquisa e Extensão nas distintas práticas dos cursos e implicando o sujeito nos seus modos de produção de saúde e de doença, na busca de autonomia e de protagonismo nos seus processos de vida. (UNISC, 2017 s.p.).

Nesse sentido, e para finalizar, cabe destacar o conceito de clínica ampliada na qual a mesma refere-se a uma das diretrizes que Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Com base nisso, ampliando a clínica significa aumentar a autonomia do usuário, dos serviços de saúde, da família e comunidade em geral. Na clínica ampliada, a proposta é ter uma equipe de trabalhadores de saúde de diferentes áreas que irão à busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, e apostando em compartilhamento e responsabilidades com os usuários. (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente teórico teve como objetivo abordar um estudo de caso de um adulto jovem em atendimento psicoterápico em um serviço escola da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com diagnóstico de Transtorno de ansiedade social (TAS). O mesmo vem recebendo tratamento psicoterapêutico de abordagem sistêmica. Dessa forma, o estudo realizado possibilitou um entendimento mais aprofundado do caso abordado, pois permitiu um entendimento global do referido caso.

Sob o ponto de vista das técnicas utilizadas e a relação terapêutica desenvolvida que tem até o presente momento, que no meu entendimento são de forma favorável, é possível constatar que através da abordagem sistêmica, algumas questões familiares que causavam ansiedade e que não tinha conhecimento, foi importante e satisfatória para a evolução do paciente. Outro aspecto importante é o fato de como experimentação de terapeuta, eu ter tido cautela e controle de meus anseios frente às situações e também muitas vezes servido como modelo, principalmente quanto a questões profissionais e de interação, contribuindo assim para romper barreiras e fortalecer o crescimento e entendimento do caso.

É plausível, nessa minha experimentação relatar que houve momentos de dificuldades em prosseguir os atendimentos, tendo em vista que alguns momentos o paciente encontrava-se em silêncio absoluto, deixando-me um tanto desconfortável e sem saber e lidar com as determinadas situações. Entretanto, com a formação do vínculo e a redução da ansiedade do paciente M.O. quanto a minha, esse problema pôde ser trabalhado.

Um dos pontos positivos do estudo de caso relatado foi que pude ter supervisões semanais, o que possibilitou um olhar sobre o caso e uma avaliação mais aprofundada do paciente, contribuindo a um melhor tratamento dele. Contudo, acredito que o caso abordado, tenha apresentado algumas limitações, como o fato de não ter tido uma continuidade de terapeuta, fazendo com que a cada ano, M.O. tenha que juntamente com a estagiária (re)formular e relatar novamente o seu caso. Essa questão ocorre devido a ser um serviço escola que possui um fluxo de acordo com o semestre do curso.

Por fim, é importante mencionar que com a realização desse teórico, juntamente com leituras sobre o transtorno de ansiedade social e principalmente relatar o caso atendido em psicoterapia, foi de grande valia e apressado fazendo com que eu tivesse um melhor entendimento do caso.

REFERÊNCIAS

- ANGELICO, P. A.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 113-125, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/5738/4175>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AXIA, Giovanna. *Timidez: um dote precioso do patrimônio genético humano*. São Paulo: Layola, 2003.
- BARBIRATO, F.; ASBAHR, F. Infância e adolescência. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs.). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed. p. 85-93.
- BRASIL. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.
- CLARK, D. A.; BECK, A. T. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- COSTA, C. G.; RAMOS, R. Transtorno de ansiedade de separação, recusa escolar e transtorno do pânico. In: ASBAHR, F. R. *Transtorno de ansiedade na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 76-95.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* [recurso eletrônico]. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- D'EL REY, Gustavo J. Fonseca. Fobia social: mais do que uma simples timidez. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar*, v. 5, n. 3, p. 273-276, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/1140/1002>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- GONÇALVES, D. H.; HELDT, E. Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 533-541, set. 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/23641>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- MARTINS, A. C; ALMEIDA, J. P; VIANA, V. Ansiedade social na infância e pré-adolescência: adaptação para o Português de Portugal da SASC-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 300-307, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000200300&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOCHCOVITCH, M. D. Epidemiologia. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs.). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 23-27.

NARDI, Antonio. *Transtorno de ansiedade social: fobia social - a timidez patológica*. São Paulo: Editora Médica, 2000.

OLIVARES, José. Timidez y fobia social em niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, v.10, n. 3, p. 523-542, 2002. Disponível em: <www.um.es/metaanalysis/pdf/7070.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2017.

OSÓRIO, Luis. *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PRATTA, Elisangela. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, v. 12, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005>. Acesso em: 24 jun. 2017.

SILVA, Priscilla. *Automutilação na adolescência: o acesso a tratamento médico como direito fundamental*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Coimbra, 2014. Disponível em: <<http://www.mutuosmagistrados.com.br/sitemutua/wp-content/uploads/2014/07/AUTOMUTILACAONAADOLESCENCIA.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

SCHIER, A.; RIBEIRO, N. P. O.; SILVA, A. C. Hipóteses etiológicas. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs.). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 29-34.

SOUSA, J. P. M. et al. Transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social). In: ESTANILAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (Orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 101-118.

VALENÇA, Alexandre Martins. Psicopatologia e diagnóstico. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Orgs.). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed. 2014. p. 49-55.

UNISC. *Serviços Comunitários: Serviço Integrado de Saúde (SIS)*. Disponível em: <<http://www.unisc.br/pt/servicos-comunitarios/servico-integrado-de-saude>>. Acesso em: 22 fev. 2017.