

Raquel Ávila Kepler Alves¹
Fernanda de Oliveira Paveltchuk²
Marcele Regine de Carvalho³
Eliane Mary de Oliveira Falcone⁴

Alterando Crenças Centrais: Um Relato de Caso de Homofobia Internalizada

Changing One's Core Belief: A Case Report of Internalized Homophobia

RESUMO

Gays, lésbicas e bissexuais (GLB) estão propensos a sofrer estresse relacionado à estigmatização, o que os torna grupo com grande chance de desenvolver transtornos como depressão e ansiedade. Este relato de caso objetiva apresentar o trabalho clínico desenvolvido com um paciente do sexo masculino, 33 anos, solteiro, sorologia positiva, estudante universitário e residente na cidade do Rio de Janeiro, que buscou atendimento psicológico para assumir sua homossexualidade. Para avaliação e intervenção foram utilizados os instrumentos: entrevista clínica; Inventário Beck de Depressão (BDI); Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Foram realizadas até o momento 25 sessões de abordagem cognitivo-comportamental e o procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção e feedback. Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, previsão e resolução de problemas, dramatização e ampliação da rede de apoio familiar e social. Os resultados indicam diminuição significativa das queixas, aumento da autoestima, diminuição das estratégias de hipervigilância e evitação, enfraquecimento das crenças disfuncionais e fortalecimento de novas crenças funcionais, adoção de um estilo de vida mais saudável e revelação da sexualidade em diferentes contextos sociais. Verificou-se que a TCC apresentou impacto positivo no processo de aceitação da homossexualidade.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; aceitação da sexualidade; homofobia internalizada.

ABSTRACT

Gay, lesbian, and bisexual (LGB) populations are more likely to suffer from a specific kind of stress related to stigmatization. Therefore, LGB people are at increased risk of developing depression and anxiety disorders. This paper intends to illustrate the clinical approach with a 33 year-old single gay man, HIV+, college student, living in Rio de Janeiro. The client looked for therapy in an attempt to reveal his homosexuality to others. For evaluation and intervention purposes, the following instruments were utilized: initial interview; Beck Depression Inventory (BDI); Beck Anxiety Inventory (BAI). There were offered 25 weekly sessions, including initial evaluation, intervention and feedback sessions, as well as strategies like record of dysfunctional thoughts, cognitive restructuring, problem solving, role playing and increasing of familiar and social support. Results showed the client presented significant decrease of self-hatred (as well as more self-worth) and less use of hypervigilance and avoidance strategies. Besides, dysfunctional beliefs were weakened as new, more functional beliefs were developed. The client also adopted a healthier life style and revealed his sexuality to different social contexts. In conclusion, CBT claims positive impact on the client's process of self acceptance towards his sexuality.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; sexuality acceptance; Internalized Homophobia.

¹ Graduação - (Psicóloga) - Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

² Graduação - (Estudante de Psicologia).

³ Pós-Doutorado - (Professora Adjunta do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

⁴ Pós-Doutorado - (Professora associada do Instituto de Psicologia e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Correspondência:

Raquel Ávila Kepler Alves.
Instituição: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB\ UFRJ)
Rua Serra do Inajá, Nº. 162. Jd. Bandeirantes Londrina, Paraná/PR.
CEP: 86.065-550.
E-mail: raquelkepler@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 03 de fevereiro de 2016. cod. 412.

Artigo aceito em 03 de Março de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20170004

INTRODUÇÃO

Minorias sexuais sofrem estresse relacionado à estigmatização, o que os torna um grupo com maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos (Cochran & Mays, 2000; Cochran, Sullivan, & Mays, 2003; Gilman et al., 2001). Além disso, exposições frequentes a experiências preconceituosas também pode acarretar o desenvolvimento de quadros clínicos, tais como: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, abuso de substâncias e transtornos de ansiedade (Martell, Safren, & Prince, 2004).

Lésbicas, gays e bissexuais (LGB), no período da adolescência e na fase adulta, apresentam altos níveis de abuso de substâncias, suicídio, problemas familiares e escolares (Abelson, Lambevski, Crawford, Bartos, & Kippax, 2006; Corliss, Rosario, Wypij, Fisher, & Austin, 2008; Cox, Van den Berghe, Dewaele & Vincke, 2008; Marshal, Friedman, Stall, & Thompson, 2009; Silverschanz, Cortina, Konik, & Magley, 2008; Swim, Johnston, & Pearson, 2009; Szymanski, 2009). Tal quadro se mantém desfavorável para a população de homens gays e bissexuais, uma vez que apresentam maiores chances de serem diagnosticados com depressão e transtorno de pânico quando comparados com homens heterossexuais (Cochran et al., 2003). Assim, o estresse relacionado à homofobia é considerado pela literatura, uma das causas das problemáticas clínicas mais prevalentes em indivíduos LGB (Dunn, Gonzalez, Costa, Nardi & Iantaffi, 2014; Safren et al., 2001).

Estressores afetam o equilíbrio e podem estimular condições promotoras de mudanças. Um estressor implica em mudanças de adaptação para com a nova realidade. O estresse pode ser proveniente do meio. Eventos e condições sociais, tais como atos violentos decorrentes de preconceito e índices baixos de apoio social, podem desencadear consequências negativas na saúde do indivíduo (Meyer, 2003). Assim, o impacto de estressores sociais, como estigma e discriminação, provocam forte estigmatização, pois produzem mudanças que exigem adaptação por parte de indivíduos pertencentes a minorias sociais (Allison, 1998; Barnett, Biener, & Baruch, 1987; Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999; Meyer, 1995; Mirowsky & Ross, 1989; Pearlin, 1999b). Entende-se por estigma ideias prontas e enraizadas sobre algo, de cunho negativo, associadas a rotulações, estereótipos, separação, perda de status social e discriminação (Link & Phelan, 2001). Já a estigmatização pode funcionar como modulador do desenvolvimento de crenças disfuncionais pois, além das situações de discriminação serem decorrentes dela, a pessoa LGB tende a antecipar as possíveis reações de preconceito por parte da sociedade. Por sua vez, a antecipação desencadeia a reação de estresse, contribuindo para a vulnerabilidade do indivíduo, independente se a previsão de violência ocorreu de fato ou não (Stuber, Meyer, & Link, 2008). Pessoas que fazem parte de grupos estigmatizados têm contato com estressores específicos, além do contato com os estressores cotidianos. Assim, o conceito de Estresse

de Minorias (EM; Meyer, 2003) é uma forma de compreender as condições individuais e do meio vividas por pessoas LGB, tais como atos de violência sofridos, ocultação da sexualidade, construção de identidade LGB, homofobia internalizada, dentre outros.

O modelo do EM permite investigar a forma como estas condições estão associadas a saúde mental de gays, lésbicas e bissexuais. Para tanto, supõe três tipos de estressores: experiências de violência verbal ou física cunhadas por preconceito em relação à orientação sexual de uma pessoa; ideias aversivas de um indivíduo LGB acerca de sua própria sexualidade; e ocultação da identidade sexual (Meyer, 2003). A homofobia internalizada é considerada um dos estressores da teoria do EM (Meyer, 2003), e pode ser definida como a internalização do estigma atrelado à homossexualidade (Frost & Meyer, 2009). Portanto, a homofobia internalizada está associada a um autoconceito negativo decorrente da condição de minoria sexual e intrinsecamente relacionado a ela crenças do tipo: “sou anormal por ser gay” ou “tenho um defeito por não ser hétero” (Pachankis et al., 2015). Além disso, o modelo admite fatores moduladores na ocorrência de prejuízos na saúde mental do indivíduo, a partir do estresse vivenciado. Os fatores podem ser de nível individual (relacionados ao próprio indivíduo, como fatores de personalidade, *coping* e autoaceitação), nível grupal (dependentes de interação com o ambiente e os pares, como o apoio social), ou serem de ambos os níveis (como a resiliência) (Meyer, 2003). Altos níveis de resiliência estão relacionados à elevados níveis de autoaceitação e baixos níveis de homofobia internalizada, o que indica menor índice de EM e maior conforto com a identidade sexual (Stuber, Meyer & Link, 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece estratégias para o tratamento de pacientes pertencentes a grupos estigmatizados e para diversos quadros clínicos decorrentes do estresse de minorias crônico (Balsam, Martell, & Safren, 2006). A TCC pressupõe que são as interpretações sobre os fatos, mais do que os fatos em si, que fazem as pessoas se sentirem ou se comportarem de determinada maneira (Beck, 1997; Pereira & Rangé, 2011). As cognições podem ter três níveis: pensamentos automáticos (interpretações imediatas e superficiais ligadas às situações); crenças intermediárias (regras, atitudes e suposições do sujeito); e crenças centrais (entendimentos enraizados desenvolvidos pelas pessoas ao longo da vida, sobre si mesmas, os outros e o mundo) (Beck, 1997; Wright, Basco, & Thase, 2008). O modelo cognitivo afirma que a modificação das cognições traz a modificação de emoções e comportamentos (Beck, 1997; Pereira & Rangé, 2011). Portanto, identificar e modificar crenças disfuncionais significa possibilitar também a modificação de reações comportamentais e emocionais decorrentes da ativação de tais crenças (Pereira & Rangé, 2011). A partir da identificação e da reestruturação de crenças disfuncionais, é possível modificar emoções e comportamentos; neste sentido, o tratamento de um quadro clínico decorrente de EM pode ser iniciado a partir do monitoramento

de pensamentos a fim de identificar as crenças disfuncionais que podem estar relacionadas à homofobia internalizada (Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren, & Parsons, 2015). O tratamento, então, começaria por esse ponto: se o paciente afirma “sou defeituoso porque sou gay”, por exemplo, entende-se que ele tem um alto grau de homofobia internalizada e que, obviamente, sua saúde mental está mais comprometida do que a de alguém que não alimenta as mesmas crenças a respeito de si mesmo.

O objetivo do presente estudo é ilustrar o tratamento, sob a perspectiva da TCC, de um paciente gay com forte fraude homofobia internalizada e em privação de apoio familiar, no contexto do EM.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 33 anos, solteiro, de origem familiar evangélica, homossexual não assumido para a comunidade, estudante universitário e residente no Rio de Janeiro-RJ, procurou atendimento em agosto de 2014 com queixas que incluíam: tristeza, choro frequente, ansiedade, dificuldade de regulação emocional, pensamento acelerado, distanciamento social e carência. Relatou sofrimento em decorrência de trauma por abuso sexual sofrido aos 13 anos, onde adquiriu HIV. Além disso, estava há cerca de 4 meses sem recorrer ao uso de entorpecentes, pois informara que eventualmente fazia uso de cocaína para alívio emocional, embora compreendesse os efeitos prejudiciais. A procura pela terapia foi motivada pelo desejo de assumir sua homossexualidade e, em segundo plano, trabalhar com os conflitos familiares decorrentes dela. O atendimento foi iniciado em março de 2015.

Em relação aos dados relevantes de desenvolvimento, se definiu como uma criança ansiosa e reservada. Demonstrou interesse por atividades que envolviam o universo artístico, como observação e construção de formas geométricas e corporais, pintura e desenho, distanciando-se de atividades comumente relacionadas às preferências masculinas como futebol e brincadeiras de lutas. Aos sete anos de idade possuía muitas questões sobre a sexualidade. Contou que nesta fase já se sentia atraído fisicamente pelos meninos, conhecia o conceito de homossexualidade e se questionava se algum se interessaria por meninas. Tais pensamentos e a atração por pessoas do mesmo sexo lhe geravam ansiedade, acarretando em constante estado de alerta, pois se percebia diferente dos outros meninos, tanto pelos gostos pessoais quanto pelas questões sexuais. Para amenizar as chances de ser visto como diferente, mesmo sem gostar, eventualmente jogava bola ou participava de brincadeiras com os meninos do bairro.

Sofreu *bullying* por um grupo de colegas no início da adolescência devido às suas preferências pessoais de passatempo. Na tentativa de evitar o *bullying*, mudava a rota do caminho sempre que percebia a aproximação do grupo, às vezes sem sucesso. Além disso, presenciava forte discriminação da comunidade em geral a um amigo com traços afeminados. Com

medo de sofrer discriminação semelhante, evitava sair de casa para não correr o risco de ser rejeitado. Devido a isso, possuía poucas amizades e desenvolveu alto padrão de desconfiança das intenções das pessoas em geral. Aos 13 anos sofreu abuso sexual de um conhecido da vizinhança. Anos mais tarde descobriu que era portador do HIV, tendo contraído o vírus no episódio do abuso, já que não havia tido outra relação sexual desde então, não tinha histórico de realização de transfusão de sangue ou compartilhamento de seringas.

Contou que cresceu em um ambiente familiar agradável, de família evangélica, cuja estrutura familiar era composta de pai, mãe e duas irmãs. Os pais possuíam crenças acerca do comportamento e interesses das pessoas, onde a criação dos meninos deveria ser diferente da das meninas. Os pais demonstravam pouco afeto, sendo o pai uma pessoa distante, passando pouco tempo em casa. Contou que os pais não davam apoio para qualquer resolução de problemas, não conversavam (especialmente a mãe), e que o suporte que recebia nos estudos era de uma mentora da escola. Ainda segundo o paciente, os pais comentavam que por ele ser homem não precisava de amparo. Também era repreendido na sua forma de falar pela mãe e pelos parentes. Relatou que desde a infância ouvia comentários discriminatórios dos parentes em geral a pessoas homossexuais, o que aumentava o seu medo de ser rejeitado.

Após falar para a sua família nuclear que era gay, percebeu mudança de postura por parte da mãe em relação a ele. Ela teria passado a ficar mais tempo fora de casa e não fazia nenhuma tarefa doméstica para o filho, o que não acontecia com as outras irmãs. Além disso, tornaram-se constantes os conflitos verbais onde ela afirmava que “ele era uma vergonha”, “indigno de receber as bênçãos de Deus”, “que as pessoas comentavam sobre o seu comportamento”, dentre outros. Na esperança de sanar essa situação, passou a se relacionar com mulheres, adotando uma conduta heterossexual, além de fazer coisas que agradavam os padrões ideais da sua família. Logo percebeu que a mãe e uma das irmãs voltaram a tratá-lo melhor. Porém, não conseguiu sustentar essa situação e voltou atrás, afirmando a sua homossexualidade. Em resposta, sua família tornou a rejeitá-lo e os conflitos recomeçaram. Por outro lado, o pai buscou se aproximar e ser presente na vida do filho durante os três meses seguintes, até que veio a falecer por conta de uma cirrose hepática contraída após anos de uso de bebida alcoólica. Após a receptividade negativa e vários episódios conflituosos, o paciente passou a se distanciar dos familiares em geral por temer ser rejeitado, como também se intensificou a estratégia de hipervigilância para qualquer contexto social, limitando o desenvolvimento de relacionamentos amorosos, aprofundamento de amizades e ampliação de novos laços sociais.

INSTRUMENTOS

Para avaliação e intervenção foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista semidirigida; Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* - BDI); Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory* - BAI).

PROCEDIMENTO

O paciente procurou atendimento espontaneamente. Paciente e terapeuta estabeleceram como principais metas iniciais: saber lidar com a sexualidade e aprender a regular as emoções. Até o momento, foram realizadas 25 sessões psicoterápicas, com duração de 50 minutos semanais e o paciente continua em acompanhamento. O procedimento incluiu avaliação inicial, intervenção e feedback. Foram utilizadas estratégias e técnicas como registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, previsão e resolução de problemas e dramatização. O detalhamento das sessões terapêuticas está disposto na Tabela 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As queixas iniciais do paciente durante o processo de avaliação foram tristeza, choro frequente, ansiedade, dificuldade de regulação emocional, pensamento acelerado, isolamento social e carência. Em virtude desses sintomas, o diagnóstico de Depressão Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno Bipolar foram considerados. Contudo, com a realização de entrevistas semiestruturadas para avaliar os critérios diagnósticos de cada transtorno, o paciente não preencheu critério para nenhum deles. Além disso, o escore (1) obtido no Inventário Beck de Depressão (BDI) não revelou prejuízos significativos para o paciente. O escore (16) obtido no Inventário

Tabela 1. Estrutura das sessões terapêuticas

| Sessão | Procedimento |
|---------|--|
| 1 à 4 | Entrevista inicial; BAI; BDI; coleta de informações do histórico de vida; verificação dos estados de humor; entrega e discussão da lista de distorções cognitivas; estabelecimento de metas para a terapia: (1) assumir sua sexualidade ao mesmo tempo que tenta manter o vínculo familiar e (2) aprender a regular as emoções através de reestruturação cognitiva, sem recorrer ao uso de ansiolíticos e entorpecentes. |
| 5 à 6 | Explicação do empirismo colaborativo; psicoeducação (ciclo de funcionamento da ansiedade); Registro de Pensamento Disfuncional parcial (RDPD); biblioterapia. |
| 7 à 12 | Revisão das tarefas de casa envolvendo: registro dos momentos em que se percebe fazendo previsões do futuro e questionamentos acerca de si (do tipo: "isso é normal?"), a fim de identificar e reestruturar distorções; pensar e anotar outras possibilidades de se comunicar com a mãe com o objetivo de mudança de padrão de comportamento; realização de atividades de lazer com parentes não homofóbicos com o intuito de estreitar laços afetivos e aumentar o apoio social. Reestruturação cognitiva e questionamento socrático para identificação de crenças desadaptativas; Registro de Pensamento Disfuncional (RDPD); previsão e resolução de problemas: (1) delineamento de possibilidades de se manter próximo à família sem negar sua sexualidade ou se sentir inferior, (2) delineamento de formas de ser assertivo com a mãe sem gerar atrito, (3) previsão de possíveis situações homofóbicas que poderiam surgir e como o paciente poderia lidar com elas sem se sentir inferior ou diferente; ampliação de rede de apoio familiar: identificação e aproximação de parentes não homofóbicos; dramatização: utilizada para demonstrar como o paciente apresentava comportamento ambíguo para terceiros em se tratando da sexualidade. |
| 13 à 15 | Reestruturação cognitiva e resolução de problemas; construção em conjunto do diagrama de conceitualização cognitiva: o objetivo foi de o paciente compreender claramente o seu funcionamento cognitivo e as origens do mesmo; feedback da terapia; lista de ganhos. |
| 16 à 18 | Coleta de informações a respeito da história de vida e das crenças encontradas no Diagrama de conceitualização cognitiva. |
| 18 à 25 | Revisão das tarefas de casa envolvendo: Registro de pensamentos disfuncionais; realização de atividades com amigos a fim de promover ampliação e fortalecimento de círculo social; registro de evidências acerca do pensamento de que o namorado não é confiável visando o mapeamento de dados de realidade relacionados ao pensamento ansiogênico. Reestruturação cognitiva e resolução de problemas; discussão do diagrama de conceitualização cognitiva: o objetivo foi entender quanto o paciente ainda acreditava nas crenças apontadas e reestruturá-las caso necessário; planejamento de interações sociais pontuais; investigação e delineamento de novas questões, como insegurança frente ao novo relacionamento amoroso. |

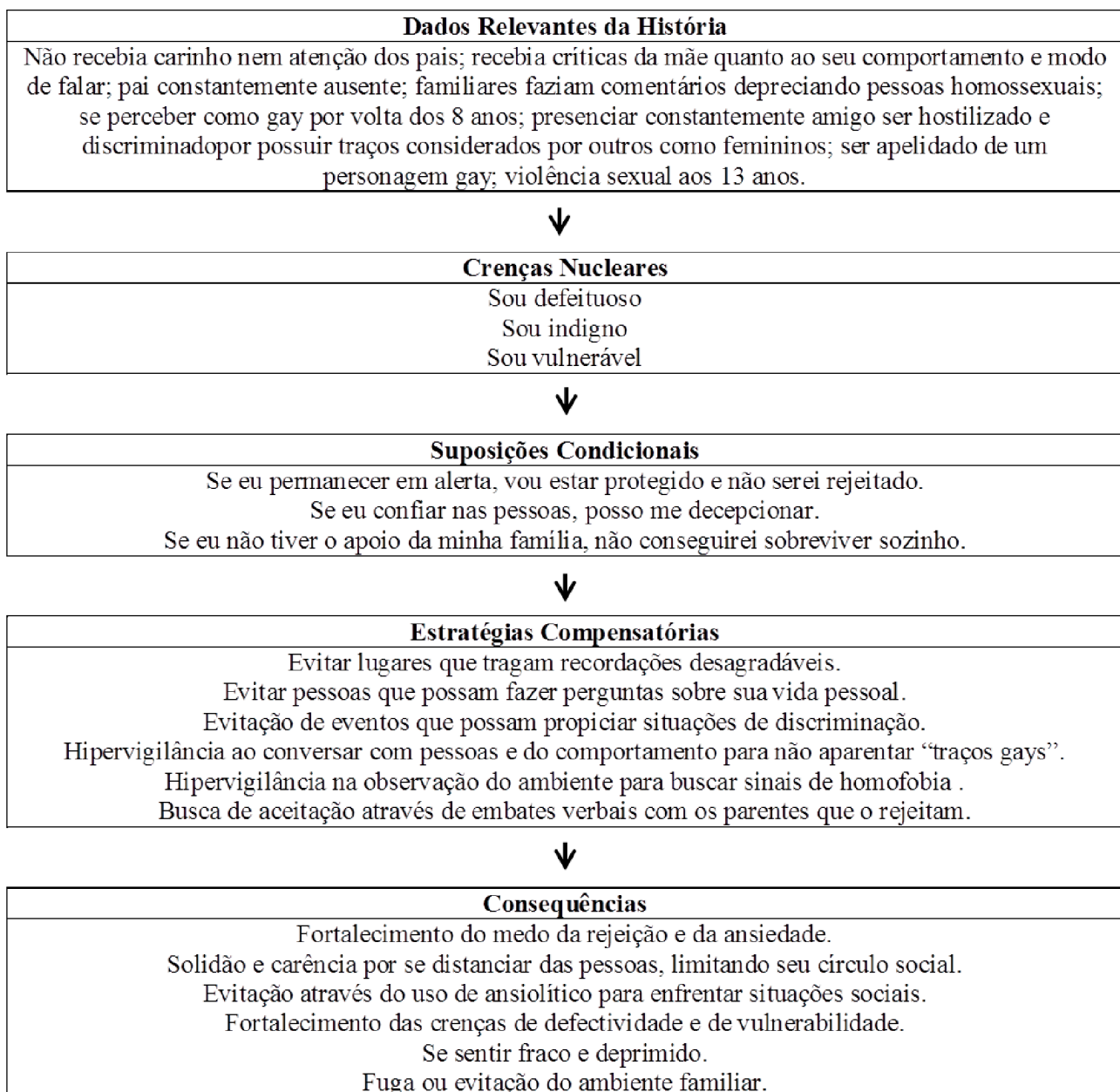
Beck de Ansiedade (BAI) apontou ansiedade moderada, que ficou evidente com as distorções cognitivas apresentadas pelo paciente como, catastrofização, erro oracular e leitura mental. Entretanto, a ansiedade apresentada era pontual e se referia ao temor de ser rejeitado ou discriminado pela comunidade em geral.

A partir dos dados obtidos ao longo das sessões e dos registros de pensamentos realizados pelo paciente, foi possível identificar seus pensamentos automáticos, as suposições condicionais e as estratégias utilizadas para lidar com os problemas. A Figura 1 apresenta o diagrama de conceituação cognitiva, utilizado na terapia para identificar os diferentes níveis de crenças, bem como as emoções relacionadas e as estratégias

desadaptativas que contribuíram para a manutenção da crença nuclear, resultando na perpetuação dos problemas.

Em síntese, o paciente cresceu observando o preconceito a homossexuais dentro da família e na comunidade em que vivia, sendo que em certos momentos ele próprio sofria *bullying* de colegas da vizinhança, mesmo sem assumir sua orientação sexual. Diante da percepção de si como sendo uma pessoa diferente, tendia a evitar situações e pessoas que pudessem ser potenciais fontes de discriminação, bem como fazer comentários ou emitir opiniões próprias sobre assuntos com essa temática ou que pudessem levantar suspeitas. Além disso, passou a prestar atenção no seu próprio comportamento

Figura 1. Diagrama de Conceituação Cognitiva.



afim de evitar que outras pessoas percebessem que era homossexual e não sofrer rejeição.

As estratégias de evitação e hipervigilância se tornaram o principal mecanismo para que ele conseguisse se precaver e se resguardar de situações potencialmente ameaçadoras. Entretanto, tais formas de lidar com a situação geravam preocupações constantes sobre o que dizer, como se comportar, o que os outros pensavam dele e como iriam agir se soubessem da sua orientação sexual. Consequentemente, a preocupação constante gerava níveis de ansiedade elevados que faziam com que catastrofizasse situações do cotidiano, e previsse o futuro de modo negativo e distorcido. Em paralelo a isso, a hipervigilância em relação aos outros contribuía para a manutenção da leitura mental e constante estado de alerta sobre aspectos do seu comportamento. Logo, apresentava dificuldade em confiar nas pessoas, reduzindo assim o seu círculo social, sua rede de apoio e aumentando as sensações de solidão e carência. Além disso, a leitura mental reforçava a crença de defectividade, contribuindo para a manutenção do comportamento. Outra estratégia compensatória que também contribuía para o fortalecimento da crença de defectividade era a busca por aceitação da sua sexualidade por pessoas preconceituosas em detrimento das pessoas que o apoiavam. Nesse sentido, o paciente buscava constante aproximação da mãe e de uma das irmãs (homofóbicas), enquanto que a outra irmã (apoiadora) tinha pouca importância.

Por volta da sessão 15 foi constatada melhora significativa nos níveis cognitivo e comportamental. Em relação à cognição, foi iniciada a formulação de crenças adaptativas. O paciente passou a questionar a crença de que “ser gay é um problema”, “sou defeituoso”, e começou a fortalecer a nova crença de que “a orientação homossexual não torna a pessoa defeituosa ou problemática”. Consequentemente, sentiu melhorar sua autoestima, ficando mais encorajado a assumir sua sexualidade para amigos e parentes. Além disso, relatou no início da terapia que preferia fazer amizades com pessoas de orientação heterossexual, pois temia ser comparado a indivíduos gays extravagantes. A partir deste momento, passou a se sentir mais a vontade em fazer amizades independente da orientação sexual do sujeito. O aumento da autoestima também influenciou na forma como enxergava os seus direitos como cidadão, uma vez que começou a pesquisar sobre seus direitos e deveres como portador de doença crônica.

Outro ganho observado foi ter começado a se sentir mais seguro no manejo das suas emoções, o que corresponde a uma das metas iniciais da terapia. Como resultado, não precisou recorrer ao uso de entorpecentes para se sentir bem emocionalmente, mesmo nos momentos em que estava deprimido.

O paciente considerava importante ter o apoio familiar em sua vida, principalmente o da mãe. Contudo, devido à dificuldade por parte dos seus familiares em aceitar sua orientação sexual, essa rede de suporte não existia. Consequentemente, acreditava que não seria capaz de sobreviver sozinho. Em

virtude das várias situações discriminatórias que o paciente sofreu por parte da família, tornou-se possível fortalecer a crença de que ele não precisava do apoio familiar para viver, uma vez que o mesmo estava conseguindo superar cada um dos problemas surgidos, resultando no fortalecimento do senso de independência e investimento na área financeira. Em contrapartida, a partir do momento que começou a adotar estratégias de distanciamento da família para melhorar a sua qualidade de vida (resolução de problemas), a mãe e uma das irmãs (rejeitadoras) passaram a se interessar positivamente pela vida do paciente, buscando aumentar o contato por telefone, mensagens e visitas, coisas que não aconteciam. Além disso, a outra irmã se tornou uma importante fonte de apoio, fazendo com que ele se sentisse acolhido e compreendido. O aumento do interesse por parte da mãe ajudou a diminuir o sentimento de que ele era rejeitado por ela e a fortalecer o pensamento de que a mãe poderia ter uma limitação em compreender a orientação sexual do filho, em detrimento da ideia de que ele era defeituoso.

Por fim, o paciente passou a adotar um estilo de vida mais saudável, realizando atividade física frequentemente e se alimentando de forma balanceada com a orientação de nutricionista. Com a adoção dessas medidas, relatou estar se sentindo mais motivado, animado e relaxado. Como ganho adicional, se sentiu fortalecido para passar por procedimentos médicos e reparos físicos decorrentes do abuso sexual, após 15 anos da violência.

Este trabalho buscou ilustrar o tratamento de um paciente gay com forte fraqueza de homofobia internalizada, no contexto do EM. De acordo com o modelo, indivíduos LGB tendem a apresentar piora na qualidade da saúde mental em decorrência de estressores como: experiências de violência verbal ou física cunhadas por preconceito em relação à orientação sexual de uma pessoa, ideias aversivas de um indivíduo LGB acerca de sua própria sexualidade e ocultação da identidade sexual. No caso apresentado, o paciente desenvolveu crenças negativas acerca de si e da sua sexualidade após exposição a uma série de situações envolvendo violência verbal e física direcionadas a indivíduos de orientação homossexual, e posteriormente a ele próprio. O processo de ocultação da sua identidade sexual teve início ainda na infância, devido ao temor da possibilidade de rejeição, culminando em forte grau de homofobia internalizada. As consequências adquiridas estão de acordo com o que o modelo da EM propõe, onde o paciente apresentou grau moderado de ansiedade (nesse caso relacionado apenas ao contexto de exposição da sua sexualidade), uso de entorpecentes, dificuldade no desenvolvimento de relações amorosas e na regulação emocional. O tratamento foi desenvolvido a partir do monitoramento de pensamentos e crenças disfuncionais relacionados à homofobia internalizada.

A partir do presente caso, foi possível exemplificar o modo como a TCC pode contribuir para o rompimento de padrões cognitivos disfuncionais em um homem gay com altos

níveis de homofobia internalizada. Para tanto, a compreensão das condições e especificidades vivenciadas por pessoas LGB pode contribuir para o entendimento dos mecanismos de construção de crenças centrais disfuncionais e do autoconceito negativo relatado pelo paciente ao buscar terapia. Experiências de vida impactam os filtros interpretativos pelos quais as pessoas percebem a elas mesmas e ao mundo (Beck, 1997). Ao fazer parte de uma minoria, experiências associadas aos mecanismos do preconceito podem funcionar sistematicamente como estressores: estas experiências podem, também, estar associadas às crenças centrais de pessoas LGB (Pachankis et al., 2015). Assim, a TCC pode funcionar como uma ferramenta importante na construção de um novo autoconceito e na quebra dos padrões cognitivos prejudiciais, oferecendo estratégias de *coping* e fortalecendo uma postura empoderada por parte do paciente ao permitir o desenvolvimento de novas crenças e a dissolução gradual da homofobia internalizada.

CONCLUSÃO

De modo satisfatório, o paciente alcançou a meta de regulação emocional, onde desenvolveu novas estratégias mais eficazes para o manejo das emoções, e segue no processo de assumir a sua orientação sexual à sociedade.

Além disso, ganhos adicionais foram adquiridos, como a busca pelos direitos sociais, a melhoria da qualidade de vida por meio de atividades esportivas, o que contribuiu para o maior engajamento do paciente no processo terapêutico. Neste sentido, os resultados obtidos estão de acordo com a literatura (Balsam, Martell, & Safren, 2006; Martell, Safren, & Prince, 2004), pois indicam que os altos níveis de resiliência estão relacionados à elevados níveis de autoaceitação e baixos níveis de homofobia internalizada. Ao aceitar sua homossexualidade e diminuir a homofobia internalizada, o paciente reduziu sintomas depressivos, confirmando a relação entre mudanças de crenças nucleares e redução do quadro de depressão. Além disso, desenvolveu assertividade para revelar sua identidade sexual a seus pares.

O presente estudo abordou, a partir da TCC, a problemática do EM sob a população LGB, utilizando como base o desenvolvimento de crenças nucleares e de desfechos negativos em relação à saúde mental do grupo, com o objetivo de proporcionar tratamentos de maior qualidade e excelência aos pacientes que façam parte de grupos minoritários. Neste sentido, novas pesquisas relacionando o estresse social e a TCC devem ser realizadas para que este campo de estudo possa se desenvolver de forma a potencializar os efeitos da terapia, aumentando os ganhos do paciente a partir da implementação de práticas baseadas em evidências em seu tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelson, J., Lambeviski, S., Crawford, J., Bartos, M., & Kippax, S. (2006). Factors associated with 'feeling suicidal': The role of sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 51 (1), 59–80.

- Allison, K. W. (1998.) Stress and oppressed social category membership. In J.K. Swim, & C. Stangor (editors). *Prejudice: The target's perspective* (pp. 145-170). San Diego, CA: Academic Press.
- Balsam, K. F., Martell, C. R., & Safren, S. A. (2006). Lesbian, gay, and bisexual affirmative cognitive-behavioral therapy. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Editors.). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision* (pp. 223-243). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Barnett, R. C., Biener, L., Baruch, G. K. (1987). *Gender and stress*. New York: Free Press.
- Borges, K. (2012). *Terapia afirmativa: uma introdução à Psicologia e à Psicoterapia Dirigida a Gays, Lésbicas e Bissexuais*. São Paulo: Edições GLS.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Clark R., Anderson N. B., Clark V. R., & Williams D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist* 54 (10), 805–816.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *American Journal of Epidemiology*, 151(5), 516-523.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 53-61.
- Conselho Federal de Psicologia. (1999). Resolução 01/99. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
- Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Fisher, L. B., & Austin, S. (2008). Sexual orientation disparities in longitudinal alcohol use patterns among adolescents: Findings from the Growing Up Today Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (11), 1071–1078.
- Cox, N., Vanden Berghe, W., Dewaele, A., & Vincke, J. (2009). General and minority stress in an LGB population in Flanders. *Journal of LGBT Health Research*, 4 (4), 181–194.
- de Graaf, R., Sandfort, T. G. M., & ten Have, M. (2006). Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3), 253–262.
- Dunn, T. L., Gonzalez, C. A., Costa, A. B., Nardi, H. C., & Iantaffi, A. (2014). Does the Minority Stress Model Generalize to a Non-US Sample? An Examination of Minority Stress and Resilience on Depressive Symptomatology Among Sexual Minority Men in Two Urban Areas of Brazil. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 117-131.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Stall, R., Cheong, J., & Wright, E. R. (2008). Gay-related development, early abuse and adult health outcomes among gay males. *AIDS and Behavior*, 12 (6), 891–902.
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of counseling psychology*, 56(1), 97-109. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678796/>, em 19 de setembro de 2016.
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(6),933-939.

- Hardin, K. (2000). *Auto-estima para homossexuais: um guia para o amor próprio*. São Paulo: Summus.
- Levounis, P., Drescher, J., & Barber, M. E. (2014). *O livro de casos clínicos GLBT*. Porto Alegre: Artmed.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Lobato, M. I. R., Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Soll, B. M. B., Mueller, A., Rosa Filho, H. T., Lorencetti, E.K, Moraes, J.M., Silva, D.C. (2015). Saúde mental e população de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans. In, A. E. Nardi, A. G. Silva, J. L. Quevedo (orgs). *Associação Brasileira de Psiquiatria. PROPSIQ Programa de atualização em Psiquiatria: Ciclo 4*. (pp. 49-82). Porto Alegre: Artmed.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., & Thompson, A. L. (2009). Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction*, 104 (6), 974-981.
- Martell, C. R., Safren, S. A., & Prince, S. E. (2004). *Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients*. New York: The Guilford Press.
- Mayock, P., Bryan, A., Carr, N., & Kitching, K. (2008). *Supporting LGBT lives: a study of mental health and well-being*. Dublin: BeLoNG To Youth Services.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 129 (5), 674-697.
- Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1989). *Social causes of psychological distress*. Hawthorne, NY: Aldine De Gruyter.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 875-889.
- Pearlin, L. I. (1999b). The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. In C.S. Aneshensel, & J.C. Phelan, (editors). *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 395-415). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pereira, M., & Rangé, B. (2011). Terapia cognitiva. In B. Rangé e cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed., Cap 1, pp. 20-32). Porto Alegre: Artmed
- Safren, S. A., Hollander, G., Hart, T. A., & Heimberg, R. G. (2001). *Therapy With Lesbian, Gay, and Bisexual Youth*. *Cognitive and Behavioral Practice* 8 (3), 215-223.
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., & Bijl, R. V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (1), 15-22.
- Silverschanz, P., Cortina, L. M., Konik, J., & Magley, V. J. (2008). Slurs, snubs, and queer jokes: Incidence and impact of heterosexual harassment in academia. *Sex Roles*, 58 (3-4), 179-191.
- Stewart, C. (2009). *The Greenwood Encyclopedia of LGBT Issues Worldwide*. Santa Barbara, California: Greenwood Press.
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med*, 67(3), 351-357.
- Swim, J. K., Johnston, K., & Pearson, N. B. (2009). Daily experiences with heterosexism: Relations between heterosexual hassles and psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28 (5), 597-629.
- Szymanski, D. M. (2005). Heterosexism and sexism as correlates of psychological distress in lesbians. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 355-360.
- Szymanski, D. M. (2006). Does internalized heterosexism moderate the link between heterosexual events and lesbians' psychological distress? *Sex Roles*, 54(3-4), 227-234.
- Szymanski, D. M. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexual events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 142-151.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.