

O Tratamento da Fobia Social ao olhar das vertentes da TCC

Gisele Freitas- Universidade Estácio de Sá

Jaqueline Monteiro- Universidade Estácio de Sá

Simone Silveira- Universidade Estácio de Sá

Taylane Muniz- Universidade Estácio de Sá

O Tratamento da Fobia Social ao olhar das vertentes da TCC

Resumo: O presente artigo tem como objetivo realizar um breve estudo sobre o tratamento da Fobia Social na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. De acordo com o DSM-IV, a fobia social caracteriza-se por um medo acentuado e persistente a situações sociais em que a pessoa sente-se exposta a desconhecidos ou a avaliação de outros, por medo de resultar em embaraços. Entre os medos mais comuns que as pessoas sentem são o de ser o centro das atenções, parecer como ridículo ou cometer erros. As mais importantes técnicas cognitivas e comportamentais dessa abordagem como: a psicoeducação, o treino de habilidades sociais e assertividade, o manejo do estresse e relaxamento, a exposição, a reestruturação cognitiva serão discutidas. Torna-se essencial fazer uma breve descrição dos tipos de fobia social, que podem ser circunscrita ou generalizada, suas características principais, e também sobre as situações mais temidas para o fóbito social, expondo o ponto de vista de alguns autores como: Antonio Egidio Nardi, entre outros, que serão apresentados. Para nortear o estudo será utilizado o referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental cuja abordagem é de extrema eficácia no tratamento das pessoas com esse transtorno.

Palavras-chave: Fobia social ; terapia cognitivo-comportamental; tipos de fobia social; tratamento.

Treatment of Social Phobia the look of the TCC slopes

Abstract: This paper aims to conduct a brief study on the treatment of social phobia in the approach to cognitive-behavioral therapy. According to the DSM-IV social phobia is characterized by a marked and persistent fear of social situations in which the person feels exposed to strangers or evaluation of other, for fear of resulting in embarrassment. Among the most common fears that people feel are being the center of attention, seeming like ridiculous or making mistakes. The most important cognitive and behavioral techniques of this approach as psychoeducation, training in social skills and assertiveness, stress management and relaxation, exposure, cognitive restructuring will be discussed. It is essential to make a brief description of the types of social phobia, which can be limited or widespread, their main features, and also of the most the most feared situations for social phobic, exposing the view of some authors as: Antonio Egidio Nardi , among others, are displayed. To guide the study it will be used the theoretical framework of Cognitive-Behavioral Therapy whose approach is extremely effective in the treatment of people with this disorder.

Key words: Social phobia; cognitive behavioral therapy; types of social phobia; treatment

Introdução

A Fobia Social, também chamada de Transtorno de Ansiedade Social, está presente na sociedade e representa um grande problema de saúde mental, ela é confundida com uma simples timidez, mas se difere extremamente por ser incapacitante e por provocar bastante sofrimento e prejuízo na rotina diária da pessoa com esse tipo de transtorno. Segundo o DSM-IV (APA, 1994), a fobia social caracteriza-se por um temor acentuado e persistente a situações sociais ou de desempenho em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos, ou a um possível escrutínio ou avaliação dos outros, por medo de resultar em embaraços. Entre os medos que se manifestam estão os de parecer ridículo ou tolo, descer o centro das atenções, de cometer erros e de não saber o que se espera dela. Na maioria das vezes, há evitação das situações ou desempenho em público; quando não há a evitação, a exposição a esses estímulos produz uma resposta imediata de ansiedade (que pode assumir a forma de um ataque de pânico situacional ou ser manifestada através de rubor facial, tremor e sudorese), mesmo a pessoa tendo consciência que esse medo é excessivo ou irracional. Diante desse quadro incapacitante, faz-se necessário uma abordagem de tratamento que auxilie as pessoas a avaliar os seus medos irracionais e a acabar com os comportamentos de evitação.

Em relação aos tratamentos psicológicos, atualmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental é a que vem recebendo maior atenção dos pesquisadores e clínicos no tratamento da fobia social, pois esta forma de psicoterapia mostrou-se bastante eficaz e com efeitos terapêuticos duradouros. Ela vem demonstrando habilidade de adaptar-se cada vez mais às exigências da atualidade, podendo utilizar várias técnicas diferentes no qual são validadas através de evidências empíricas, podendo vir a ser uma possibilidade concreta a favor do tratamento fóbico. O Tratamento da TCC auxilia as pessoas a avaliar os seus medos irracionais e a acabar com os comportamentos de evitação. Dos

tratamentos psicológicos, atualmente, a terapia cognitivo-comportamental é a que vem recebendo maior atenção dos pesquisadores e clínicos no tratamento da fobia social, pois esta forma de psicoterapia mostrou-se eficaz e com efeitos terapêuticos duradouros. Em suma, a Terapia Cognitivo-Comportamental para a Fobia Social tem sido utilizada e tem demonstrado que há eficácia, tendo conquistado destaque dos pesquisadores, uma vez que além das eficazes técnicas cognitivas e comportamentais da própria terapia, o fator grupal ao diminuir o isolamento vem contribuir em muito os pacientes com Fobia Social, pois age como uma forma de exposição e enfrentamento. (Lincon *et al.* 2003; Otto, 1999; Dyck; 1996; Butler *et. al.*, 1984, citados por D'El Rey & Pacini, 2005, p.232).

A TCC tem demonstrado eficácia para o transtorno de fobia social reduzindo seus sintomas e auxiliando na qualidade de vida dos pacientes. Diversos estudos de meta-análise comprovam que a TCC tem demonstrado efetividade no tratamento de fobia social, gerando uma diminuição dos sintomas, podendo culminar em mudanças significativas do funcionamento neuropsicológico (McManus, 2009; McEvoy, 2007; Graver & White, 2007; Segool & Carlson, 2008). É importante salientar a importância da TCC no auxílio aos pacientes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente à fobia social e na qualidade de vida destes (Segool & Carlson, 2008). Taylor (1996), em seu estudo comparou grupos de pessoas às quais foram aplicadas as seguintes técnicas: placebo, exposição, reestruturação cognitiva, uma combinação de exposição e reestruturação cognitiva e treinamento de habilidades sociais no tratamento da fobia social.

Os resultados demonstraram que os tratamentos possibilitaram superação das dificuldades. A combinação de exposição e reestruturação cognitiva foi o tratamento que trouxe os benefícios mais significativos aos pacientes. A ansiedade social não clínica (por ex :falar em público, ser o centro das atenções, comparecer a um encontro, etc.) é comum na população geral (Zimbardo, 1982; Walen, 1985) e não traz prejuízos à vida pessoal ou profissional. Este tipo de manifestação diferencia - se da fobia social, uma síndrome

clínica que apresenta como característica marcante um padrão de comportamento evitativo de situações sociais, gerando impedimentos na vida profissional acadêmica, social ou sexual de uma pessoa. Embora nem todos os fóbicos sociais experimentem ataques de pânico, a ativação fisiológica na fobia social pode assumir dimensões severas a ponto de provocar pânico. A ansiedade aguda ocorre geralmente quando o indivíduo encontra - se impedido de continuar o padrão de comportamento evitativo. Terapeuta e paciente determinam os objetivos da terapia. Os mais comuns incluem a redução da ansiedade antecipatória, sintomas fisiológicos próprios da ansiedade, das cognições negativas que mantêm as crenças disfuncionais, da esquiva fóbica e melhora das habilidades sociais. Esses objetivos devem ser reavaliados ao longo e no final do tratamento.

Visão Geral da Fobia Social

O DSM-IV-TR- da Associação Psiquiátrica Americana (2002 – p.15), “caracteriza a fobia social como um medo exagerado e constante de uma ou mais circunstâncias sociais ou de desempenho, onde o sujeito pode sentir-se com vergonha ou embaraço, além do medo de ser observado, julgado e humilhado pelos outros”. No DSM – V – (2014 citado por Souza) houve a exclusão do critério do julgamento da fobia social ser excessiva ou irracional. Os temores relacionados à exposição referem-se ao medo do ridículo, dizer tolices, ser notado por outras pessoas, relacionar-se com estranhos ou pessoas do sexo oposto, estar no centro das atenções, escrever, comer ou beber em público, falar ao telefone e usar banheiros públicos (APA, 2002).

Essas situações, quando não podem ser contidas, frequentemente vêm acompanhadas de uma ansiedade exacerbada, com sintomas como palpitação, tremor, rubor, sudorese, tensão muscular e diarreia. São frequentes também, sintomas como medo excessivo de algo ou de uma situação, esquivar-se do objeto temido, ansiedade

antecipatória excessiva quando perto do objeto ou situação em questão; inexistência de sintomas ansiosos quando afastado da situação fóbica (Nardi, 2000).

Segundo Picon (2006), os indivíduos fóbicos sociais possuem uma diminuição da qualidade de vida, desistência escolar prematura, ausência de habilidades sociais, desagrado no relacionamento com amigos e lazer, taxa de desemprego alta, presença baixa em universidades e isolamento social do sujeito, nos casos mais graves. Estima-se alta predominância de distúrbio de ansiedade social na população, sendo a fobia social mais dominante o transtorno de ansiedade.

A ansiedade clínica é muito mais grave que a tendência comum às preocupações correntes. São conhecidos seis transtornos de ansiedade: fobia específica, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os seis transtornos de ansiedade apresentam grupos particulares de sintomas, mas todos vêm do mesmo tipo de instinto de sobrevivência fundamental. Apesar dos nomes diferenciados, não são isolados, e o paciente que manifesta um deles em geral tem outro - às vezes todos. Os tratamentos mais eficazes são feitos "sob medida", de acordo com o distúrbio específico. (Leahy, 2011).

Transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social

O transtorno de ansiedade social causa inércia, limita atividades e condena à solidão quem sofre do problema. Medo do julgamento, principalmente em situações como reuniões no trabalho, festas, aparição, encontros sentimentais; comer na presença de outras pessoas ou usar banheiros públicos torna-se uma angústia. Os sintomas são de "paralisia" ou extrema tensão, preocupação obsessiva com interações e propensão ao isolamento e à solidão. O transtorno é frequentemente acompanhado pelo uso de drogas e álcool. Aproximadamente 15% das pessoas têm esse problema, em algum grau. (Leahy, 2011).

Utilizando estas orientações, há possibilidade de melhoria da qualidade de vida do indivíduo e, mais importante, faz a pessoa que sofre de ansiedade desacreditar que toda sua preocupação é absolutamente necessária e, portanto, deixará de despender muita energia na tarefa de prestar atenção o tempo todo ao que vem da mente (como posso evitar isso, como posso aproveitar melhor aquilo, como posso resolver aquele outro). E passará a conduzir a uma existência melhor, evitando que a ansiedade torne os comportamentos inadequados, deixe de prejudicar o sono, não limitando as opções de vida e clareando perspectivas futuras, levando o ser humano a viver de maneira mais saudável e com melhora da autoestima.

Numa visão geral do processo e da experiência em relação à fobia social tem uma relação, sob o ponto de vista evolutivo, com o cérebro humano (em particular a amígdala) que está programado para detectar perigos eminentes, permitindo reagir de uma forma tão rápida quanto possível, de modo a assegurar a própria sobrevivência. Nas perturbações da ansiedade, por exemplo, verifica-se igualmente a presença de uma percepção de ameaça, ou de sinais de perigo, com consequente resposta de ativação emocional. Esta resposta emocional está ligada a processos avaliativos e interpretativos sobre a realidade do perigo, sendo responsável por compelir o indivíduo a lidar com tal percepção, em face de certo tipo de estímulos, amiúde com a ocorrência de cognições, crenças e sistemas de significações (Clark & Beck, 2010).

Portanto, conforme Ruppert (2003), o tratamento adequado se inicia com a identificação e distinção dos quadros de timidez (inexistência de sofrimento e prejuízo). Seguido da avaliação das comorbidades geralmente ligadas ao transtorno, com ênfase em outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de álcool e de substâncias psicoativas. Definido o diagnóstico, a escolha terapêutica adequada deve ser aplicada. O aumento no número de opções de tratamento farmacológico e psicoterápico deve-se ao crescente reconhecimento da fobia social, nas duas últimas décadas. Assim, a TCC

associada aos psicofármacos apresenta eficácia em um curto período de tempo. A definição do tratamento implica na disponibilidade do local determinado, a motivação e preferência dos pacientes e os custos associados (Ruppert, 2003).

Modelo teórico

Segundo Clark e Wells(2006), o modelo cognitivo-comportamental, indivíduos com ansiedade percebem o mundo como um lugar perigoso, uma ameaça em potencial que lhes exige constante vigilância. Portadores de FS são extremamente sensíveis a pistas que denotem a possibilidade de avaliação negativa de outras pessoas. A excessiva atenção a estas pistas produz autocrítica exagerada e percepção distorcida dos próprios comportamentos que poderiam passar despercebidas.

Pode-se destacar que a interpretação distorcida das situações pode desencadear isolamento e solidão, podemos citar como exemplo um breve silêncio como desinteresse. O significado das experiências são as crenças que o indivíduo constrói. As principais crenças de pacientes é o medo, seja ele de julgamento, de ser inferior, de ser incapaz, enfim crenças distorcidas.

Características

A TCC é educativa e de natureza focal. Prioriza as discussões práticas realizadas nas sessões e nas tarefas de casa. O terapeuta tem postura colaborativa e ativa no tratamento. Estudos indicam que, para a FS circunscrita, 12 a 16 sessões semanais em grupo ou individual são suficientes para a redução significativa da sintomatologia. Já para a FS generalizada, a resposta ao tratamento depende do número de comorbidades e da gravidade dos sintomas, sendo o tratamento, em geral, mais prolongado e os resultados mais limites.

Tipos de Fobia Social

Segundo Nardi (1999, s/p) “a fobia social apresenta-se em dois tipos básicos: a circunscrita, isto é, restrita a apenas um tipo de situação social. A pessoa teme, por exemplo,

escrever na frente de outros, mas no restante das situações sociais não apresenta qualquer tipo de inibição exagerada”.

O segundo tipo é a fobia social generalizada, que se caracteriza pelo temor a todas ou quase todas as situações sociais. Além das situações acima citadas, é comum o paciente temer paquerar, dar ordens, telefonar em público, usar banheiro público, trabalhar na frente de outras pessoas, encontrar estranhos, expressar desacordo, resistir a um vendedor insistente, entre outras situações sociais comuns. A esquiva é importante para o diagnóstico, e em casos extremos pode resultar em um total isolamento social. (NARDI, 1999, s/p).

Para esse autor a fobia social generalizada tem sua idade de início mais cedo e pode subsequentemente levar a um maior comprometimento no funcionamento normal. Os indivíduos com fobia social generalizada parecem sofrer de maior comprometimento e de ansiedade mais grave, relacionada tanto a situações de desempenho quanto a situações que requerem interação. Pessoas com fobia social circunscrita ou específica, geralmente são limitados apenas em situações de desempenho. Diferenças entre os dois tipos de fobia social, relativamente à extensão em que o bem-estar geral é afetado, podem, entretanto, ser muito pequenas. Há muitas diferenças em condições comórbidas – depressão e abuso de álcool são, por exemplo, mais comuns na ansiedade social generalizada. Tem-se sugerido que pacientes com ansiedade social generalizada podem responder melhor ao tratamento farmacológico, mas não houve até hoje estudos clínicos que forneçam um teste adequado para esta hipótese, sendo os estudos diagnósticos e terapêuticos estão começando. É certo que algumas mudanças na classificação desse transtorno estão surgindo, como a subdivisão em tipos "primária" e "secundária"; "circunscrita" e "generalizada"; e, "de desempenho" e de interação. Mas talvez a observação atual mais importante seja a alta taxa de comorbidade entre fobia social e outros diagnósticos psiquiátricos, principalmente com a depressão.

Ainda diz que os fóbicos sociais tem a expectativa de que serão avaliados negativamente em situações onde tenham que desempenhar determinadas ações sendo observados, com medo de se sentir embaraçado, ou apresentar algum vexame, ou passar alguma vergonha, algum constrangimento, ficam bastante assustados ou

embaraçados quando alguém percebe seus sintomas de ansiedade, pois o medo das situações sociais e a ansiedade provocada quando têm que ser enfrentado é tão intenso que leva o indivíduo a não desejar e até mesmo a evitar atividades em público e situações onde tais possibilidades possam surgir, sendo os sintomas de ansiedade desproporcionais à situação. Pessoas com fobia social, independente dos tipos podem ser acometidas por situações incapacitantes ao deparar-se com determinadas atividades. Certas situações são consideradas comuns pela maioria de pessoas da sociedade. Ainda complementa que algumas das situações mais temidas da fobia social são: falar diante de uma audiência, ser observado enquanto trabalha, paquerar, falar com um pequeno grupo, ler texto em voz alta para um pequeno grupo, conhecer novas pessoas, comer em público, assinar perante outras pessoas, ser observado ou ser o centro de atenção. Usar o telefone e frequentar reuniões sociais.

Segundo Mary Eliane (1998 p.134) o DSM-IV considera que o subtipo generalizado de fobia social é caracterizado por um temor relacionado as situações públicas envolvendo desempenho como por exemplo, falar em público, escrever, comer ou beber na presença dos outros, usar banheiros públicos etc, bem como as situações de interação social, como iniciar ou manter conversações, participar de pequenos grupos, comparecer a um encontro, falar com autoridades, ir a festas, etc. Os indivíduos que não se incluem ao subtipo generalizado que podem temer apenas a uma situação pública de desempenho, como também algumas situações (mas não a maioria). Estes últimos são citados na literatura como fóbicos sociais circunscritos.

O DSM IV (2000 / p. 397) aponta alguns critérios como medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintoma de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca

ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado a situação ou predisposto por situação. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Em crianças esta característica pode estar ausente. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é mais bem explicado por outro transtorno mental (por ex., transtorno de pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, transtorno dismórfico corporal, transtorno invasivo do desenvolvimento ou transtorno da personalidade esquizóide).

E ainda segundo o DSM IV (2000, p. 394), as características comumente associadas à fobia social incluem hipersensibilidade a críticas, avaliações negativas ou rejeição; dificuldade em ser afirmativo e baixa autoestima ou sentimento de inferioridade. Os indivíduos com fobia social em geral também tem medo de serem indiretamente avaliados por outras pessoas, como, por exemplo, ao se submeterem-se a exames. Eles podem manifestar fracas habilidades sociais (por ex., fraco contato visual direto) ou sinais observáveis de ansiedade (por ex., mãos frias e úmidas, tremores, voz vacilante). Os indivíduos com fobia social com frequência têm más notas na escola devido à ansiedade frente a testes ou esquiva da participação em sala de aula. Eles podem ter fraco desempenho no trabalho, por causa da ansiedade durante o trabalho em grupo, em público ou com figuras de autoridade e colegas, ou esquiva destas situações. As pessoas com fobia social muitas

vezes dispõem de redes diminuídas de apoio social e têm menor probabilidade de casar.

Em casos mais severos, os indivíduos podem abandonar os estudos, perder o emprego e não procurar outro em virtude da dificuldade em entrevistas, não ter amigos ou apegar-se a relacionamentos insatisfatórios, evitar encontros românticos por completo ou permanecer com sua família de origem.

Algumas considerações sobre os critérios diagnósticos

A especialização dos limites que distinguem a ansiedade social clínica da subclínica ainda não está clara (Albano, 1995; Hazen e Stein, 1995; Heckelman e Schneier, 1995). Citado por Rangé, 2001. A avaliação do mal estar e do prejuízo social parece ser o critério mais apropriado para encontrar os diferentes limites diagnósticos (Heckelman e Schneier, 1995). Citado por Rangé, 2001 Assim a relevância clínica depende de julgamento clínico individual (Albano, 1995). Citado por Rangé, 2001. A utilização desse critério não apresenta problemas apenas quando se trata de avaliar indivíduos que procuram tratamento para obter alívio, o que por si só já subentende alguma forma de prejuízo ou impedimento. Entretanto, estudos realizados a comunidade revelam que a maioria das pessoas com fobia social não procura tratamento (Schneier). Além disso, muitos indivíduos que experimentam medo e embaraço social extremos não se incluem os critérios diagnósticos porque as situações por eles evitadas não implicam impedimento funcional (Pollard e Henderson, 1988). Citado por Rangé, 2001. Todas essas constatações sugerem que a identificação da relevância clínica (a) ansiedade social só pode ser obtida a partir de um julgamento clínico individual. Quando se trata de avaliar a prevalência do diagnóstico a comunidade ou de identificar a fobia social como um transtorno de co – morbidade em estudos clínicos tornam - se problemáticos Heckelman e Schneier, 1995) . Citado por Rangé, 2001.

O início da terapia é uma das fases mais delicadas do tratamento psicoterápico e é decisivo para a permanência ou não do paciente em tratamento. Para tanto, é necessário vencer eventuais resistências do paciente, sua falta de motivação e a dificuldade em aderir aos procedimentos propostos.

Se a Fobia Social não for reconhecida e tratada, a tendência é que ocorra pior evolução, como o abandono do tratamento por parte do paciente, já que ela pode levar ao uso de drogas. Portanto, é possível que a Fobia Social seja uma das causas de abandono do tratamento nos grupos; ou mais ainda, que esses pacientes podem ser encaminhados para os grupos e não comparecem por medo de terem de falar em público. Citado por

Terra (pag 2, 2005).

A técnica de análise de custo - benefício pode auxiliar o paciente numa análise crítica das vantagens de desvantagens em nutrir determinado pensamento e/ou comportamento. Auxilia o paciente no processo de revisão dos seus pensamentos e comportamentos, colocando - os em sua própria balança, ou seja, o terapeuta não emitirá julgamentos. Estimula. Este método estimula o paciente a descobrir a motivação necessária para mudança do pensamento e/ou comportamento. Citado por Knapp, 2004.

As técnicas têm suas premissas básicas e são fundamentais para o sucesso do tratamento, mas necessário cada vez mais considerar os seguintes passos para a utilização desta ferramenta: Conhecer e especificar o problema; Criar soluções viáveis; Avaliar o resultado de cada uma, adotar uma das soluções e colocá - la em prática, analisar os resultados; Se necessário estabelecer mudanças e aplica - las novamente. Pode ser usada em diversas situações, pois permitirá que o paciente lide de forma estabelecida com o problema. Citado por Nascimento (pag 22, 2013).

A psicoterapia clínica comportamental pode ser feita de forma grupal ou individual. O tratamento apropriado para a Fobia Social envolve exposição às contingências, com aproximação sucessivas, mesmo que ocorra de forma imaginária, essa exposição é necessária para enfraquecer o condicionamento dos estímulos neutros com os aversivos, assim como de suas respostas. O terapeuta deve ensinar que as causas de sua Fobia Social não são os respondentes de ansiedade. Juntamente, se faz necessário o treinamento de habilidades sociais e assertividade (Falcone, 2001). Citado por Devides, et. Al, 2012.

Da Timidez à Fobia Social

Os fóbicos sociais geralmente não procuram ajuda profissional, especialmente os casos sem comorbidades e por vezes os próprios médicos, nomeadamente clínicos gerais, ainda têm algum desconhecimento da Fobia Social como distúrbio ansiosa específica. Comparado até com outros distúrbios ansiosos ou doenças afetivas, os indivíduos com Fobia Social procuram menos a ajuda médica.

Geralmente só o procuram quando surgem outros problemas como depressão ou abuso de álcool, drogas ou ansiolíticos, geralmente aos 25 - 35 anos, 10 a 15 anos após o início da doença e alguns estudos apontam para que apenas cerca de um terço dos indivíduos afetados procurem tratamento, seja pela dificuldade interpessoal inerente ou até por falta de informação sobre sua situação clínica (Magie, 1996; Wittchen et al, 1999; Pinto Gouveia, 2000; Fehm et al, 2005) Citado por Magalhães, 2010. Aparentemente são

homens quem mais procura tratamento, algo que pode estar associado à posição na sociedade que ainda ocupam, de maior contato interpessoal e à maior limitação que pode ocorrer graças a isso (WEINSTOCK, 1999 apud MAGALHÃES, 2010).

Existem poucos estudos acerca do efeito da doença na qualidade de vida dos doentes, devido ao fato à pouca procura de ajuda profissional por parte destes (FEHM et al, 2005, p.33 apud MAGALHÃES, 2010).

Tratamento da Fobia Social

Segundo os autores Ito; Roso; Tiwari; Kendall e Asbahr (2008, p. 97) “as abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes para a Fobia Social são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental individual e em grupo”.

A Terapia Comportamental Cognitiva é educativa e de natureza focal. Prioriza as discussões práticas realizadas nas sessões e nas tarefas de casa. O terapeuta tem postura colaborativa e ativa no tratamento.

Antecedendo a terapia propriamente dita, colhem-se informações sobre a história da doença, seu início e tempo de duração; história familiar e predisposição biológica; experiências familiares e escolares, relacionamentos sociais, afetivos, sexuais; sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais; identificação das comorbidades : necessidade de avaliação psiquiátrica e do uso de medicações; situações desencadeantes de sintomas e grau de interferência e prejuízo desses na vida do indivíduo; fatores ambientais e influência familiar; e habilidades sociais pré-existentes.

Os dados colhidos na avaliação são determinantes no planejamento do tratamento. A terapia deve inicialmente priorizar os sintomas que causem maior grau de prejuízo. Dependendo da gravidade da Fobia Social, do grau de esquiva e da disponibilidade do paciente, indica-se terapia grupal ou o formato individual.

É fundamental que se inclua no início da terapia uma sessão para esclarecimento de todas as informações que o paciente necessite sobre seu transtorno e o tratamento. A necessidade de associação com a terapia farmacológica e a importância da inclusão da família no tratamento devem ser aqui abordadas. A orientação familiar deve incluir esclarecimentos sobre como proceder diante das dificuldades na interação com o paciente.

Terapeuta e paciente determinam os objetivos da terapia. Os mais comuns incluem a redução da ansiedade antecipatória, sintomas fisiológicos próprios da ansiedade, das cognições negativas que mantêm as crenças disfuncionais, da esquiva fóbica e melhora

das habilidades sociais. Esses objetivos devem ser reavaliados ao longo e no final do tratamento. Particularmente em crianças e adolescentes, além de reduzir a ansiedade social, objetiva-se aumentar a autoestima, ajudando o jovem a ampliar sua confiança na comunicação em situações sociais. O foco do tratamento, cujas etapas contam com participação ativa dos pais/responsáveis, é o aumento do repertório de exposição do jovem às diferentes situações, com várias pessoas e atividades, levando a um aumento da sensação de domínio em situações sociais.

Treino de habilidades sociais e de assertividade

A meta essencial é fornecer ao paciente um repertório amplo e variado de comportamentos sociais mais adaptados, diminuindo a passividade e a sensação de impotência ou raiva, considerando as características do paciente e o grupo social em que ele está inserido.

As principais dificuldades comumente descritas pelos pacientes com Fobia Social a serem abordadas incluem: iniciar, estabelecer, manter e finalizar uma conversa; manter o foco e o interesse no assunto; tolerar silêncios; eleger temas e saber discorrer sobre o mesmo; mudar o assunto se necessário, estabelecer e manter amizades.

O treino deve ser iniciado primeiramente nas consultas e em ambientes familiares, e depois no social mais amplo, como com amigos e vizinhos.

Abordagem cognitiva

A reestruturação cognitiva envolve, a princípio, a detecção de pensamentos distorcidos, de crenças condicionais e da crença central do paciente, orientando assim o terapeuta na compreensão sobre o funcionamento cognitivo do paciente.

Um diário deve ser utilizado para auxiliar o paciente a registrar seus pensamentos automáticos distorcidos e a respectiva ansiedade em uma situação social. A seguir, o paciente é orientado a observar estes pensamentos com distância e questioná-los, de modo a perceber suas distorções e corrigi-los de maneira a baixar a ansiedade gerada por eles. O desafio dos pensamentos automáticos distorcidos é feito através da técnica de questionamento socrático, com a revisão de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas do paciente.

Ao questionar os pensamentos é possível determinar os tipos de erros lógicos associados. Os erros mais comuns na Fobia Social são: leitura mental ("*ele me acha incompetente* "); adivinhação e catastrofização ("*se eu tiver que assinar o meu nome, não vou conseguir escrever* "); e personalização ("*eles não estão me dando atenção. Devo ter falado besteira* ").

O exercício de identificação, questionamento e modificação dos pensamentos disfuncionais negativos que geram e mantêm a ansiedade fóbica é, por si só, um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os pensamentos e os seus sintomas. Além disso, essa aprendizagem capacita o paciente a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando assim seu controle e autoconfiança.

Uma vez identificados os pensamentos distorcidos, é possível encontrar a crença central subjacente que gerou e mantém tais pensamentos, bem como as crenças condicionais e estratégias compensatórias que o paciente utiliza para lidar com sua crença. Para isso, questiona-se o paciente a respeito do significado dos pensamentos que ele identificou: "*O que significa esse pensamento para você, o que quer dizer a seu respeito?*".

Alguns autores acreditam que a crença central característica da Fobia Social é autodepreciativa ("*sou incompetente, insignificante*"). Por isso, são construídas crenças condicionais ao longo da vida que buscam "encobrir" essa autodepreciação, do tipo "*se eu mostrar minha insegurança, ruborizando, serei humilhado*"; "*se eu não for impecável no meu comportamento, serei desprezado*". A estratégia compensatória para lidar com este tipo de crença envolve a observação constante e excessiva do próprio comportamento, de modo a não permitir nenhum deslize e uma expectativa exagerada do próprio desempenho.

A modificação das crenças condicionais, das estratégias compensatórias, bem como da crença central, é feita utilizando-se diferentes procedimentos que devem ser escolhidos de acordo com as características e objetivos de cada caso.

Manejo de estresse e relaxamento

As técnicas de manejo de estresse e relaxamento são utilizadas no tratamento da Fobia Social com o objetivo de fazer com que o paciente aprenda a ter maior controle das respostas fisiológicas próprias da ansiedade. Dessa forma, tais técnicas são bastante utilizadas no tratamento de todos os quadros ansiosos.

No manejo do estresse, o paciente é orientado a identificar os sinais que indicam um aumento de sua ansiedade e a utilizar a distração e/ou um exercício respiratório de maneira a não permitir que a ansiedade aumente.

As técnicas de relaxamento em geral são úteis na diminuição da ansiedade basal e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade. A mais utilizada é a de Jacobson, que orienta o paciente a observar cada grupo muscular de maneira a identificar a tensão e propiciar o relaxamento do mesmo.

Exposição

Exposição requer que o paciente imagine (exposição na imaginação) ou confronte realmente (exposição ao vivo) os estímulos temidos. O primeiro passo é construir junto com o paciente uma lista das situações temidas, do item que causa menos ansiedade ao que causa mais ansiedade e desconforto (Wolpe, 1973 citado por Carvalho, ano 1999). As principais situações no tratamento da fobia social são falar diante de um grande público, comer e beber em público, conversar com outras pessoas, etc. (Lincoln & cols., 2003; Mersch, 1995). Nos estágios iniciais do tratamento com exposição, as situações são enfrentadas na companhia do terapeuta, até que possa ocorrer a habituação da ansiedade no item da hierarquia que está sendo confrontado. Após a exposição repetida e prolongada e quando a situação não eliciar mais altos níveis de ansiedade e desconforto, passa-se ao próximo item da lista de situações problemáticas. O processo continua até o paciente poder enfrentar todos os itens da hierarquia com significativa redução da ansiedade e do desconforto.

A exposição às situações temidas reduz a ansiedade e o comportamento fóbico. Pode ser feita por meio do confronto das situações ao vivo ou na imaginação.

Paciente e terapeuta identificam todas as situações consideradas causadoras de ansiedade. Uma vez listadas, as situações são classificadas hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade que geram, começando com situações que causam menos ansiedade, até as mais temidas de serem enfrentadas. O paciente é orientado, então, a enfrentar as situações que estão no início desta lista e exercitar-se repetidamente, até que sua ansiedade diminua (fenômeno denominado habituação). A exposição a cada uma das situações deve ser sistemática, ou seja, muito frequente, e por tempo prolongado para que a habituação possa ocorrer.

A utilização de um diário é útil para que o paciente avalie sua ansiedade antes e depois da exposição, registrando dificuldades encontradas. O diário também auxilia o paciente a observar o progresso conseguido com a exposição e a respectiva diminuição da ansiedade.

A exposição ao vivo consiste em buscar deliberadamente o confronto com situações reais que gerem ansiedade. Algumas tarefas podem ser realizadas por meio da imaginação, a chamada exposição na imaginação ou dessensibilização sistemática. Este procedimento, muitas vezes, é útil para que o paciente aprenda a expor-se antes de passar para situações reais. No tratamento da Fobia Social, algumas dificuldades na realização da terapia de exposição são esperadas. Algumas situações que eliciam ansiedade são, muitas vezes, imprevisíveis e de curta duração, o que pode impedir a ocorrência da habituação. Assim, é importante ter cuidado na formulação da lista que

definirá a hierarquia das situações de exposição para facilitar a execução da tarefa.

A terapia de exposição em grupo facilita a realização de alguns exercícios entre os membros do próprio grupo e auxilia na criação de situações geradoras de ansiedade sem ter que, necessariamente, contar com o acaso.

Programação das tarefas de casa

Durante todo o tratamento, parte da sessão é utilizada para programar e averiguar as tarefas de casa. Estas devem ser praticadas diariamente, usando como modelo o que foi aprendido nas sessões. A necessidade de cumprimento das tarefas deve estar bem estabelecida, assim como a sua relação com o progresso da terapia.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva consiste em uma série de intervenções que se originaram das teorias e terapias cognitivas de Beck, Emery e Greenberg (1985) e Ellis (1962). Os pacientes com fobia social são ensinados a identificar estes pensamentos, fazer o teste da realidade e corrigir os conteúdos distorcidos e as crenças disfuncionais subjacentes. Esta reavaliação e correção das cognições distorcidas permitem ao paciente perceber que na grande maioria das vezes estava hipervalorizando negativamente uma situação e desvalorizando sua capacidade de enfrentamento da mesma situação (Clark & Wells, 1995; Lucock & Salkovskis, 1988; Taylor & cols., 1997).

Segundo Beck, Emery e Greenberg (1985); Clark e Wells (1995); Lincoln e cols. (2003); Lucock e Salkovskis (1988) e Taylor e cols. (1997) citado por D'El Rey e Pacini (2006, p.272):

....basicamente as estratégias de reestruturação cognitiva objetivam ensinar ao paciente as seguintes modificações: observação e controle dos pensamentos irracionais e negativos; exame das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos; e correção das interpretações tendenciosas por interpretações calçadas na realidade, o que geralmente resulta em redução sintomática da fobia social.

A técnica de reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas. A técnica é aplicada tanto nos pensamentos que ocorrem antes da situação social como naqueles que ocorrem durante e após a situação temida (Clark & Wells, 1995; Taylor & cols., 1997).

Nesta abordagem de tratamento, as técnicas de exposição servem muito mais para eliciar as cognições negativas do que para habituar à ansiedade gerada pela situação social (Heimberg, 2001). Diversos estudos demonstraram que a reestruturação cognitiva é uma técnica eficaz no tratamento da fobia social, principalmente se for aplicada

conjuntamente com técnicas de exposição (Lincoln & cols., 2003; Lucock & Salkovskis, 1988; Mattick, Peters & Clarke, 1989; Mattick & Peters, 1988; McManus, Clark & Hackmann, 2000; Taylor & cols., 1997; Turner, Beidel & Cooley, 1994).

Tratamento cognitivo – comportamental

As estratégias terapêuticas mais indicadas para o tratamento de fobia social são a exposição ao vivo combinada com a reestruturação cognitiva. O treinamento em habilidades sociais pode ser útil com os pacientes que apresentam deficiências no modo de interagir socialmente (Odriozola e Irázar, 1999). A interação em grupo é apontada como mais vantajosa, uma vez que essa situação fornece oportunidades para a utilização das técnicas de tratamento específico, além de facilitar a generalização dos ganhos terapêuticos para o contexto interacional dos pacientes. Assim, vários modelos de tratamento cognitivo – comportamental em grupo são encontrados na literatura (Caballo, André e Bas, 199; Heimberg et al, 1995; Odriozola e Irizar, 1999). Por outro lado, reunir pacientes com transtorno de ansiedade social para tratamento em grupo não constitui uma tarefa fácil, especialmente para terapeutas que atuam em consultórios particulares. Além disso, muitos fóbicos sociais não são indicados para tratamento em grupo sem ter passado anteriormente pela intervenção individual.

Clark e Wells (1995) e Well (1997) citado por Rangé (2001) propõem um tratamento individual, baseado no modelo cognitivo de fobia social . O referido modelo sugere que a exposição costuma falhar em atingir uma mudança cognitiva substancial porque os pacientes não processam o que está acontecendo realmente na situação social, enganam – se em comportamentos de segurança que impedem a desconfirmação e usam as impressões sobre si mesmo como as principais evidências de que serão avaliados negativamente. O tratamento é estruturado e inclui: (1) conceituação cognitiva, (2) socialização e manejo dos comportamentos de segurança, (3) modificação do auto processamento, (4) reestruturação cognitiva ou reatribuição e (5) experimentos comportamentais. Posteriormente, a terapia focaliza – se modificação de suposições, regras e crenças centrais.

1 . Conceituação cognitiva

A coleta de dados seja pela revisão de episódios de ansiedade social, seja pela construção de situações fóbicas, deve identificar inicialmente os pensamentos automáticos negativos principais, os comportamentos de segurança, os sintomas de ansiedade e os conteúdos de autoconsciência.

2. Socialização e manejo dos comportamentos de segurança

As perguntas formuladas na socialização exploram de onde vêm as evidências do paciente para as suas avaliações negativas. Nesse momento, o objetivo é demonstrar que a maioria das evidências parte de informação interna (interoceptiva), e não dos sinais emitidos pelo interlocutor (Clark e Well, 1995, Wells, 1997)

3. Modificação do auto processamento

Uma estratégia utilizada para corrigir o auto processamento é a exposição com áudio e videoteipe.

4. Reestruturação cognitiva ou reatribuição

São o questionamento socrático, a identificação dos erros de pensamentos, a utilização de auto declarações racionais – a definição dos medos e o manejo dos processamentos antecipatórios e pós – evento (Clark e Well, 1995; Well (1997).

5. Experimentos comportamentais

Consistem em demonstrar, deliberadamente, sinais de ansiedade “falhas” desempenho ou comportamentos sociais “não – aceitáveis”.

Suposições, regras e crenças centrais

As estratégias utilizadas para modificar as suposições condicionais são as mesmas aplicadas para a modificação de pensamentos automáticos. O primeiro passo para mudar uma suposição é defini-la e operacionaliza-la de um modo que esta possa ser testável.

As regras rígidas sobre os comportamentos socialmente aceitáveis. O objetivo é levar o paciente a perceber que as pessoas são aceitáveis, mesmo que quebrem algumas convenções sociais .(Well, 1997)

As crenças centrais negativas distorcem o processamento e tornam a atenção tendenciosa, de tal maneira que o fóbico social não processa a informação do ambiente que desconfirma as suas cognições negativas. Assim, o registro diário de eventos e experiências que contrariam crenças negativas e fortalecem crenças constitui um recurso na modificação das crenças centrais incondicionais (well, 1997).

O treinamento de habilidades sociais (lidar com críticas, iniciar conversações, recusar pedidos, fazer e receber elogios, entre outros) por meio de jogos de papeis, também contribui para desafiar crenças negativas, fortalecendo as positivas (Well, 1997).

Indivíduos com fobia social manifestam um medo excessivo de serem vistos comportando - se de um modo humilhante ou embaraçoso, pela demonstração de

ansiedade ou de desempenho inadequado, e de conseqüente desaprovação por parte dos outros.

Ao experimentarem ansiedade, os fóbicos sociais costumam apresentar manifestações físicas (rubor, sudorese, palpitação, tremor das mãos ou da fala, urgência em evacuar), embora algumas pessoas com esse transtorno relatem apenas autoconsciência e medo (Heckelman e Schneier, ano citado por Rangé, 2001)

Considerações finais

Ao apresentar o autismo como psicose a partir das afirmações feitas por Maleval e Stevens, há um fator que se destacou e considerou-se relevante. O Outro tomado como invasivo em ambos os casos, vem como base em seus levantamentos onde os autores declaram que o que se difere nos casos é o grau de invasão visto neles. Enquanto o autismo nega a existência do Outro, a esquizofrenia o substitui. Entende-se também que o autismo e a esquizofrenia seriam dois modos de resposta do sujeito diante de um real com o qual se depararam ao entrar no campo da linguagem, em seu primeiro encontro com o Outro. O autista não quer escutar o Outro, e por isso opta por não falar, pois aceitar isto significa aceitar a responder a uma demanda, a obedecer, que se trataria de estar em certa medida alienando-se ao Outro, enquanto o esquizofrênico apenas quer anular o dizer deste. Seria possível encontrar na esquizofrenia menos uma retirada do Outro pela ausência do que uma tentativa de destruí-lo de maneira agressiva diante da palavra deste Outro. Se destaca também, que em ambos, autismo e esquizofrenia, se representa a impossibilidade de fazer uso da medida fálica pela não inscrição do Nome-do-Pai e isto impede a queda do objeto *a* em uma operação de separação. Entretanto, tais apontamentos trazidos por esses autores se mostram questionáveis, já que ao analisar as fases iniciais de uma criança, esta supostamente não passaria por momentos que até mesmo para a instauração de uma psicose se faz necessário.

Nesse sentido, é válido retomar o pensamento do Willemart (1999) ao diferenciar o

autismo da psicose, na medida em que este descreve como grande distinção entre os dois a relação com o simbólico. Enquanto no autismo o simbólico é ignorado e a criança se mantém totalmente fechada, no campo da realidade sexual, na psicose este é apenas substituído na tentativa de dar um lugar ao Outro que é totalmente invasivo e a criança vive a mercê dele, sem barrá-lo.

Assim, o autismo estaria aquém da psicose, seria anterior a ela. Falharia no autismo a simbolização primordial não ocorrendo a forclusão do Nome-do-Pai, como na psicose. Mas o que há nele é a exclusão dessa Significação Paterna (Rocha, 2002). O autismo seria pré-especular, não havendo nele o reconhecimento da imagem corporal, ou seja, ele é um puro real, não especularizável, sem imagem no espelho. Na esquizofrenia, esta imagem se dá indevidamente. Ela é vista como algo que não pertence ao sujeito, como um corpo que não é dele, mas é reconhecido de alguma forma, o que não ocorre no autismo.

Contudo, vale a pena retomar Rocha (2002) que diz no autismo nota-se a “não instauração da relação simbólica fundamental (presença – ausência), visto que o outro sequer teria se apresentado, enquanto na psicose, o Outro seria só presença”, (pág. 2) que aponta para a não passagem da criança também pelo *Fort – da*, que é considerado um encontro inicial com a falta onde a criança através dela estaria inaugurando um jogo onde a inscrição simbólica se estabeleceria. Com isso, para as crianças autistas, esta operação ao não ser inscrita, o Outro se apresenta inteiro, ocupando um lugar de pura ausência ou pura presença.

Sendo assim, este trabalho sustenta o autismo como uma estrutura a parte, podendo até mesmo ser considerada uma quarta estrutura, por tratar de questões que antecedem a instauração das já existentes e por possuir uma gama de fatores diferenciados.

Referências

- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed.
- D'el Rey, Gustavo J. Fonseca and Pacini, Carla Alessandra. (2006) Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicol. estud.* [online].vol.11, n.2, pp. 269-275. ISSN 1807-0329.
- DSM – IV- TR. (2004). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre. Artmed
- Lealy, R. L.(2011). *Livre de ansiedade* . Artmed. São Paulo.
- Nascimento, Celia Mary Vaz. *A eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Fobia Social*.(2013). 50 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Nardi, A. E. (2000). *Transtorno de ansiedade social: fobia social – a timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Nardi, Antonio Egídio. (1999). O tratamento farmacológico da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 249-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400015&lng=en&lng=pt. Acesso dia 11 de Novembro de 2015.
- Picon, P & Knifnik, D. Z. Fobia Social. In Knapp, P. (Org.). (2011). *Terapia Cognitiva. Comportamental na Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Range, Bernard (1998). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Editora Psy. ISBN : 85-7327-002-0.
- Terra, Mauro Barbosa. *Psicologia Fobia Social e Alcoolismo: Um estudo da comorbidade*.

(2005). 221 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de São Paulo.