Giovanni K. Pergher



Vencendo a Timidez e a Fobia Social

www.tccparatodos.com
O maior portal de Terapia Cognitiva do Brasil
"Tudo para você praticar a Terapia Cognitiva com excelência"

VENCENDO A TIMIDEZ E A FOBIA SOCIAL

Giovanni Kuckartz Pergher

SUMÁRIO

1. Prefácio..... 2
2. O que é Fobia Social? 3
3. Diferenciando a timidez da Fobia Social..... 6
4. Diferenciando a Fobia Social de outros transtornos..... 8
5. Outros transtornos que podem acompanhar a Fobia Social..... 11
6. A origem da Fobia Social..... 13
7. O que acontece no cérebro de quem tem Fobia Social? 19
8. Como pensa, sente e se comporta alguém com Fobia Social? 24
9. A Fobia Social muda de pessoa para pessoa? 27
10. Já ouviu falar em Psicoterapia? Para que serve nesses casos..... 32
11. Tipos de Psicoterapia..... 33
12. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental..... 35
13. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental: fases do tratamento..... 44
14. Existem remédios que podem ajudar? 53
15. Que melhoras pode-se esperar com o tratamento? 56
16. E se eu tiver Fobia Social, o que devo fazer? 59
17. E se alguém que eu conheço tiver Fobia Social, o que eu posso fazer para ajudar?.... 67
18. Mitos e Verdades..... 70
19. Depoimentos de pessoas com Fobia Social..... 72
20. Para quem quiser saber mais..... 74
Bibliografia Consultada..... 75
GLOSSÁRIO..... 77
Apêndice: Conheça o maior portal de Terapia Cognitiva do Brasil..... 81

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

1. Prefácio

É da natureza do ser humano relacionar-se com seus semelhantes e ter satisfação nisso. Contudo, a natureza às vezes prega peças, e aquilo que deveria ser uma atividade prazerosa e construtiva acaba se tornando um tormento. A ansiedade decorrente do contato com outras pessoas, e todas as limitações que ela acarreta, trazem um intenso sofrimento àquelas pessoas acometidas pela Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social). A maioria de nós experimenta alguma ansiedade quando está em determinadas situações de exposição social (quem nunca sentiu aquele frio na barriga ao fazer uma apresentação em público?), mas na Fobia Social é diferente. Nestes casos, o "friozinho na barriga" se transforma em um verdadeiro tormento. Infelizmente, devido à falta de conhecimento e/ou a falta de acesso a profissionais qualificados, muitos acabam sem o tratamento adequado e vivem toda uma vida sem explorar suas potencialidades.

Hoje em dia, com os conhecimentos advindos da Psicologia e da Psiquiatria, é possível enfrentar com sucesso esse transtorno. Na medida em que pacientes, familiares e amigos puderem conhecer melhor as características da Fobia Social e saber como lidar com ela, maiores serão as chances de cura. Nesse sentido, este livro oferecerá um guia conciso que permitirá a todos conhecer e ajudar a combater esse transtorno que atinge cerca de 2% da população, afligindo mais de 3 milhões de brasileiros. A Fobia Social não faz distinção entre idade, sexo, escolaridade, estado civil ou nível sócio econômico. Embora algumas parcelas da população possuam maior risco de desenvolver Fobia Social, basicamente ninguém está imune a ela.

Com uma linguagem acessível, de agradável leitura e por vezes até divertida, o presente manual vem a suprir uma carência no mercado de livros brasileiro, que atualmente não possui material informativo específico sobre o assunto. Para ajudar a todos que, de alguma forma, são perturbados pela Fobia Social, condensamos as mais recentes descobertas científicas e as mais avançadas técnicas de tratamento em um guia prático, ao alcance de todos.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

2. O que é Fobia Social?

Para que você possa conhecer melhor a Fobia Social, é importante saber, em primeiro lugar, que Psicólogos e Psiquiatras utilizam manuais diagnósticos para identificar a presença de transtornos em seus pacientes. Os mais conhecidos e utilizados na atualidade são o DSM-IV-TR, que quer dizer "Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª Edição, Texto Revisado" (editado pela Associação Psiquiátrica Americana - APA) e a CID-10, que significa "Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição" (editada pela Organização Mundial de Saúde – OMS). A seguir, falaremos um pouco sobre esses manuais. Antes, contudo, uma palavra de advertência: apenas um profissional da área da saúde mental está preparado para fazer o diagnóstico. Desta maneira, caso você identifique em si mesmo ou em outras pessoas os sintomas descritos nos próximos parágrafos, procure a ajuda de um profissional qualificado. Esta é a melhor maneira de garantir um diagnóstico correto e um tratamento efetivo.

Segundo os manuais diagnósticos, a Fobia Social (também chamada de Transtorno de Ansiedade Social) é caracterizada por um medo persistente, intenso e desproporcional diante de situações de interação social. O aspecto central desse medo é o embaraço e a humilhação. Em outras palavras, o fóbico social teme ser avaliado negativamente pelas outras pessoas e, conseqüentemente, é dominado por uma expectativa aterradora de ser criticado, denegrido e depreciado, o que gera ansiedade. As manifestações mais comuns da ansiedade são: taquicardia, rubor facial (ficar com rosto vermelho), sudorese, gagueira e tremores leves.

De acordo com os manuais diagnósticos, o medo de parecer tolo diante dos outros deve ser excessivo, desproporcional. Seguindo esse raciocínio, seria bastante razoável supor que o fóbico social apresenta um bom desempenho em situações de interação, mas acaba subestimando sua performance e, com isso, sobrevém o medo da crítica e da humilhação. Embora a essência do raciocínio esteja correta, as coisas nem sempre acontecem assim. Dependendo da gravidade da Fobia Social, não é raro que o indivíduo fique tão ansioso que efetivamente demonstre um mau desempenho. Com uma performance deficitária, os receios de ser avaliado negativamente possuem forte base de realidade.

Sendo as situações sociais desencadeadoras de intensa ansiedade, acontece algo previsível: as pessoas passam a evitar esse tipo de situações ou, se as enfrentam, experimentam grande sofrimento. Por sua vez, esse comportamento evitativo – também chamado de **comportamento de segurança** – traz uma série de limitações aos mais diferentes aspectos da vida do indivíduo, tais como relacionamentos afetivos e familiares, carreira e

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

desempenho acadêmico. Infelizmente, o prejuízo ocasionado pela conduta evitativa não se restringe às limitações diretas que ela implica. Adicionalmente, o não enfrentamento das situações sociais acaba por reforçar o medo da crítica e da rejeição, perpetuando o transtorno (não é a toa que o curso da Fobia Social tende a ser crônico!). Os mecanismos de manutenção da Fobia Social serão analisados mais aprofundadamente no capítulo 6.

Para piorar a situação, os comportamentos de segurança impedem o indivíduo de desenvolver habilidades sociais básicas, tais como cumprimentar uma pessoa, solicitar um prato em um restaurante, fazer uma pergunta a um colega, dizer a um vendedor que não quer comprar determinada peça de roupa e assim por diante. Conseqüentemente, o fóbico social desenvolve um déficit em termos das suas habilidades interpessoais mais elementares. Em outras palavras, pode haver lacunas em seu repertório comportamental, dando-lhe reais motivos para acreditar que será negativamente avaliado pelos outros. Com isso, o círculo vicioso está formado, conforme resumido na figura 1.

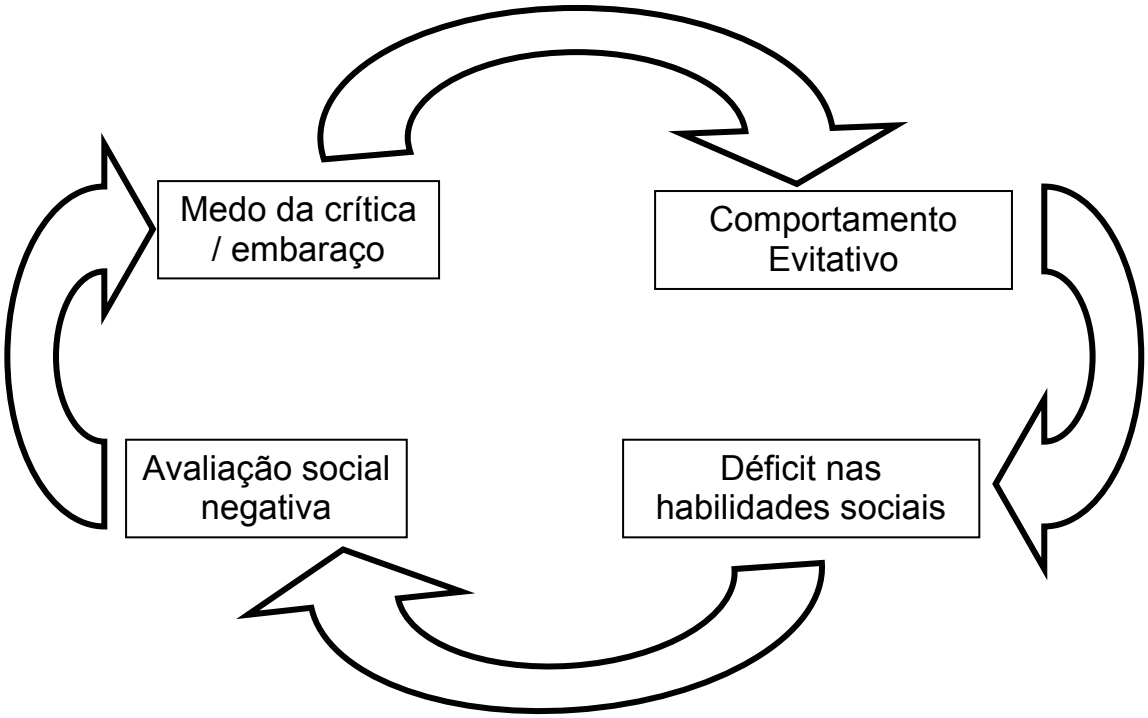


Figura 2.1. Círculo vicioso que mantém o medo dos fóbicos sociais

Se você pensou que as más notícias tinham acabado por aqui, lamentamos informá-lo que está enganado (calma, reservamos as boas notícias para os capítulos finais). Na verdade, bom seria se o sofrimento fosse decorrente apenas da efetiva exposição às situações interpessoais. Mas a Fobia Social vai mais longe. Ela leva a pessoa a sentir-se ansiosa só de pensar nessas situações, processo que denominamos **ansiedade antecipatória** ou **expectativa**

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

apreensiva. Tendo em vista que o contato com outras pessoas é constante em nossas vidas, o fóbico social pode sentir-se ansioso virtualmente o tempo todo!

Atualmente, Psicólogos e Psiquiatras reconhecem que a Fobia Social pode ter diferentes níveis de gravidade, assim como pode interferir em mais ou menos aspectos do funcionamento da pessoa. De maneira ampla, existem dois grandes tipos de Fobia Social: circunscrita e generalizada. Como o próprio nome sugere, a Fobia Social circunscrita é aquela que atinge uma gama restrita de situações – geralmente situações de desempenho. Por exemplo, a pessoa pode ter um medo intenso e incontrolável de falar em público, mas não apresenta quaisquer dificuldades para relacionar-se com colegas de trabalho ou freqüentar festas. No caso da Fobia Social generalizada, o impacto interfere em praticamente todas as áreas da vida que envolvam interação social. Nestes casos, a pessoa se vê como incapaz de, por exemplo, fazer uma pergunta em sala de aula, comer em um restaurante, urinar em banheiro público, assinar um cheque diante de outros e assim por diante. Não é preciso dizer que o tipo generalizado traz um comprometimento muito maior ao funcionamento geral do indivíduo. Além disso, nestes casos, o tratamento tende a ser mais prolongado e os resultados obtidos tendem a ser menos pronunciados.

Para finalizar esse capítulo de caracterização da Fobia Social, uma palavra acerca de um termo freqüentemente utilizado erroneamente. Trata-se do termo “anti-social”, que é usado de maneira leiga como sinônimo de uma pessoa retraída, que evita o contato social. Contudo, na linguagem técnica, o termo anti-social é reservado aos indivíduos que sistematicamente violam as regras da sociedade para obter vantagens pessoais. Dito de maneira diferente, anti-social é sinônimo de “psicopata” ou então “sociopata”. Mas atenção, não confunda “fóbico social” com “anti-social”, pois isso seria uma grande injustiça com os primeiros.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

3. Diferenciando a timidez da Fobia Social

Se você estiver se perguntando "todos que se sentem ansiosos ou inibidos em situações sociais possuem Fobia Social"?, a resposta é não. É natural que demonstremos uma certa ansiedade ou retração sob determinadas circunstâncias de interação, mas isso, por si só, não caracteriza um Transtorno de Ansiedade Social. Da mesma forma, algumas pessoas são naturalmente mais tímidas, mas isso também não é suficiente para configurar um quadro de Fobia Social.

Com este que vos escreve, por exemplo, ocorreu o seguinte: eu estava em uma livraria na busca de um presente para um amigo. Quando escolhi o livro e fui ao caixa, a balconista perguntou: "O sr. já possui nosso cartão de fidelidade"? Eu, imediatamente, ao abrir minha carteira, verifiquei que, ao lado do cartão daquela livraria, havia cartões de outras três. Quando vi aquilo, pensei em contar à balconista alguma piada do tipo "eu tenho o cartão de fidelidade sim, mas confesso que andei pulando a cerca..." Na hora, contudo, fiquei constrangido, pensando que aquela piada não cabia e que a balconista acharia idiota, e resolvi não falar nada. (Espero que você não esteja pensando "que bom que ele não falou essa piada sem graça, ia dar um baita vexame mesmo". Por outro lado, não vou perder o sono se você estiver pensando isso. Não é nada pessoal – para entender melhor porque digo isso, leia os capítulos 12 e 16).

Essa minha retração não deixa de ser um comportamento de segurança, uma vez que evitei me expor devido ao medo da avaliação alheia. Situações como essa fazem parte do dia a dia de qualquer mortal. Por vezes nos sentimos encabulados e receosos do que os outros irão pensar a nosso respeito, e isso nos trás ansiedade e inibição. A Fobia Social entra em cena quando esses sintomas começam a atrapalhar a vida da pessoa.

Para diferenciar a timidez e a ansiedade social normal do Transtorno de Ansiedade Social, dois critérios são fundamentais: (1) intensidade dos sintomas e (2) sofrimento e/ou prejuízo decorrente da ansiedade. É como se a Fobia Social fosse uma forma patológica de timidez, a qual traz problemas para o funcionamento do indivíduo. No quadro 3.1 são apresentadas as principais diferenças entre a timidez e a Fobia Social:

Sintoma	**Timidez (Ansiedade Social Normal)**	**Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social)**
Intensidade da ansiedade	Ansiedade leve em situações de desempenho social	Ansiedade intensa nas situações em que se percebe sendo avaliado
Ansiedade	A ansiedade antecipatória,	Antes da exposição, a expectativa

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

antecipatória	quando presente, é facilmente tolerada	apreensiva é perturbadora, insuportável
Conduta evitativa	Praticamente não há desejo de fugir da situação ou evitar a exposição. Se o desejo existe, dificilmente é concretizado	O medo da crítica e da humilhação geralmente leva a atitudes para não enfrentar a situação
Necessidade de aprovação	Necessita de aprovação dentro dos limites da normalidade. Quando não há aprovação, é capaz de dividir as responsabilidades	Perturba-se pela idéia de não ser aprovado por todos. A não aprovação é vista como uma falha sua.
Auto-observação	Não dá bola para sintomas fisiológicos da ansiedade (p. ex.: sudorese, tremor leve) nem preocupa-se em monitorar o próprio comportamento	Observa constantemente suas próprias atitudes e reações fisiológicas em busca de sinais de inadequação

Quadro 3.1. Diferenças entre a timidez e a Fobia Social

É claro que, por vezes, os limites entre a timidez e a Fobia Social são nebulosos, tornando difícil a diferenciação entre os dois. Nesse sentido, uma analogia pode ser feita com as diferenças entre o dia e a noite. Dependendo da hora (p. ex. 13h, 1h), é incontestável que saibamos se é dia (timidez) ou noite (Fobia Social). Entretanto, em determinados horários ao amanhecer e no final da tarde, fica complicado afirmar categoricamente se é dia ou noite. Mais uma vez, caberá ao psicólogo ou psiquiatra identificar qual é cada caso em particular.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

4. Diferenciando a Fobia Social de outros transtornos

Os profissionais da área da saúde usam o termo **comorbidade** para indicar que um paciente possui mais de um diagnóstico, ou seja, quando a mesma pessoa apresenta dois ou mais transtornos. Um outro termo utilizado por estes profissionais é **diagnóstico diferencial**. Ele é utilizado nas situações em que um sintoma apresentado por um paciente pode ser a manifestação de duas (ou mais) doenças distintas. Vejamos um exemplo: suponha que o sintoma X seja uma manifestação tanto da doença A quanto da doença B. Diante disso, o profissional deverá determinar se o paciente que apresenta o sintoma X possui apenas a doença A, apenas a doença B, ou então se possui uma comormidade, ou seja, se possui tanto a A quanto B.

O diagnóstico diferencial é muito importante, pois, para que um tratamento efetivo seja colocado em prática, não podemos misturar alhos com bugalhos (a propósito, uma curiosidade: quando uma vespa deposita seu ovo no ramo de algumas espécies de árvores, desenvolve-se ali uma proeminência de aspecto arredondado, que lembra o formato de um alho. Essa proeminência, dentro da qual a vespa se desenvolve, é chamada de bugalho. É dispensável dizer que, embora aparentemente semelhantes, o bugalho não possui as mesmas propriedades culinárias que o alho! Por isso o ditado de que não se pode misturar alhos com bugalhos). Este capítulo discutirá de que maneira a fobia social pode ser confundida com outros transtornos, explicando como evitar possíveis confusões. No capítulo seguinte, veremos o que geralmente vem junto no "pacote" da fobia social, ou seja, quais são os outros transtornos comumente encontrados em comorbidade.

Em relação ao diagnóstico diferencial, existem alguns transtornos que compartilham sintomas com a Fobia Social. Dentre aqueles mais potencialmente causadores de confusão, podemos destacar: o transtorno de pânico (com ou sem agorafobia), o transtorno de ansiedade generalizada e a própria depressão. Vale ressaltar que esses transtornos também podem estar presentes junto com a Fobia Social. Somente um profissional especializado poderá indicar qual (ou quais) transtornos estão presentes em cada caso em particular

Alguns fóbicos sociais, quando diante de uma situação de exposição, podem ter uma elevação tão intensa da ansiedade que chegam a experimentar um **ataque de pânico**. Um ataque de pânico é uma elevação súbita e incontrolável da ansiedade, acompanhada por terríveis sensações de morte ou desgraça iminentes. Contudo, o fato de uma pessoa ter um ataque de pânico não quer dizer que ela possua o transtorno de pânico. O **transtorno de pânico** ocorre quando a pessoa tem ataques de pânico e passa a se preocupar persistentemente

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

com a nova ocorrência deles e/ou com suas implicações. Em outras palavras, o paciente com transtorno de pânico teme os próprios ataques, ao passo que o fóbico social receia o embaraço que tais ataques podem causar. Tendo em vista que, no caso da Fobia Social, o pânico é decorrente da ansiedade frente ao escrutínio alheio, os ataques ocorrem apenas em situações sociais, sendo geralmente esperados. No transtorno de pânico, os ataques podem ocorrer de maneira absolutamente inesperada (vêm "do nada") e em qualquer situação, seja ela social ou não.

Alguns pacientes com transtorno de pânico desenvolvem um outro conjunto de sintomas chamado de agorafobia. A **agorafobia** é um medo persistente e acentuado de estar em locais ou circunstâncias nas quais seja difícil escapar em caso de necessidade. Como conseqüência, estes pacientes podem relutar em sair de casa (ou sair apenas acompanhados) e evitar locais onde haja grande número de pessoas, tais como supermercado, banco, cinema, danceteria etc. Para diferenciar a agorafobia do comportamento evitativo do fóbico social, é preciso analisar o que o indivíduo teme: se é ser negativamente avaliado pelos outros (Fobia Social) ou se é não ser socorrido em caso de emergência (agorafobia).

O Transtorno de Ansiedade Social pode às vezes se parecer com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). A palavra-chave para caracterizar este último é preocupação. No Transtorno de Ansiedade Generalizada, o indivíduo tem preocupações que são excessivas (além do que as situações deveriam gerar), difusas (abrangem os mais diferentes temas, inclusive aqueles de menor importância) e difíceis de controlar (o sujeito não consegue deixá-las de lado, mesmo que queira). A Fobia Social se assemelha ao Transtorno de Ansiedade Generalizada quando há uma preocupação e ansiedade constantes, que atrapalham a vida da pessoa. Para diferenciar essas duas situações, é necessário reconhecer os assuntos provocadores de preocupação e ansiedade. Quando a constante preocupação gira apenas em torno de temas que envolvem desempenho e avaliação social, é provável que estejamos diante de um quadro de Fobia Social. Por outro lado, teremos um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada quando as preocupações excessivas da pessoa estiverem relacionadas a temáticas diversas, incluindo assuntos de pouca relevância para sua vida.

A depressão, descrita anteriormente como um transtorno comumente encontrado com a Fobia Social, também pode causar confusão na hora do diagnóstico, uma vez que os sintomas depressivos muitas vezes assemelham-se aos sintomas do Transtorno de Ansiedade Social. Diversos pacientes, quando atravessam um episódio depressivo, apresentam crenças de incapacidade, retração social e medo da crítica e rejeição alheia. A presença de tais sintomas durante um episódio depressivo, contudo, não quer dizer que a pessoa tenha também

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Fobia Social. Para distinguir os dois quadros, é útil verificar a abrangência das crenças de incapacidade: as do fóbico social tendem a ser mais restritas a questões de desempenho interpessoal, ao passo que as do depressivo costumam ir muito mais além, englobando temas como competência profissional, desempenho acadêmico e familiar.

Adicionalmente, nos casos de depressão pura, a pessoa melhora das preocupações de ordem social quando seu humor melhora. Por outro lado, nos pacientes que apresentam tanto a depressão quanto a Fobia Social, as questões relativas ao desempenho e incapacidade social continuam sendo perturbadoras mesmo quando o episódio depressivo perde sua intensidade. Conseqüentemente, não é raro que precisemos esperar que o paciente melhore da depressão para verificar se a ansiedade social permanece ou não.

O quadro 4.1 apresenta um resumo para realização do diagnóstico diferencial

Transtorno / Sintoma	**Semelhança com a Fobia Social**	**Diferenças em relação à Fobia Social (FS)**
Transtorno de Pânico (TP)	Presença de ataque de pânico	Na FS, os ataques de pânico ocorrem apenas em situações de exposição, e o medo é do embaraço. No TP, os ataques podem ocorrer em qualquer situação, e o medo é dos próprios sintomas.
Agorafobia	Recusa para sair de casa ou ir a lugares cheios de pessoas	Na FS, a recusa é decorrente do medo da avaliação e da crítica alheia. Na agorafobia, o receio consiste em não conseguir escapar ou não ser socorrido em caso de necessidade
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	Ansiedade constante	Na FS, os temas geradores de ansiedade sempre envolvem desempenho e/ou avaliação social. No TAG, os mais diversos temas são motivo de preocupação
Depressão	Percepção de que é incapaz e retração social	Na FS, a percepção de incapacidade é circunscrita às habilidades sociais. Na depressão, o indivíduo se sente incapaz na maioria das áreas de sua vida.

Quadro 4.1. diagnóstico diferencial entre a Fobia Social e outros transtornos

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

5. Outros transtornos que podem acompanhar a Fobia Social

Não é raro que o indivíduo com Fobia Social apresente problemas que vão além das interações com os outros. Em outras palavras, é comum que as pessoas com Fobia Social possuam dificuldades em outras áreas de sua vida. Quando tais problemas são significativos ao ponto de trazer prejuízo ou sofrimento ao indivíduo, dizemos que ele possui outros transtornos em comorbidade com a Fobia Social..

Dentre as comorbidades mais comuns com a Fobia Social estão o uso abusivo (ou dependência) de substâncias e a depressão. O **abuso de substância** freqüentemente surge a partir de uma tentativa do fóbico social de reduzir sua ansiedade em situações de interação. Tendo em vista que aqueles que possuem o Transtorno de Ansiedade Social preservam o desejo de se relacionar com outros (sociabilidade), a esquiva de situações sociais também é motivo de sofrimento. Assim, para conseguirem interagir com menos ansiedade, muitos começam a fazer o uso de substâncias redutoras da ansiedade, tais como álcool e maconha. É como se fosse uma espécie de auto-medicação. O uso destas substâncias pode se tornar abusivo, ou seja, o sujeito pode passar a consumir a substância em níveis que lhe trazem prejuízos para seu funcionamento e/ou saúde.

A utilização destas drogas pode se limitar às situações sociais ou então evoluir, chegando ao ponto em que a pessoa praticamente não consegue viver sem o entorpecente. Quando a situação chega nesse nível, temos a **dependência química**, caracterizada pela tolerância (necessidade de quantidades cada vez maiores da droga para obter o efeito desejado) e abstinência (sensação de extremo desconforto quando não está sob o efeito da substância).

A comorbidade entre Fobia Social e depressão é freqüentemente atribuída aos baixos níveis de realização decorrentes da retração social. As dificuldades de interação de longa data levam ao acúmulo de repetidos fracassos ao longo da vida da pessoa, os quais vão sistematicamente minando sua auto-estima, podendo culminar em depressão. Por outro lado, também é possível que a auto-imagem pobre característica da depressão exacerbe as preocupações com o desempenho e com a crítica alheia, abrindo caminho para o desenvolvimento da Fobia Social. Em resumo, ainda não é claro se o que vêm antes é o ovo ou a galinha, ou seja, se é a Fobia Social que leva à depressão ou se é a depressão que leva à Fobia Social. O fato é que estes dois diagnósticos estão comumente associados.

(Antes de prosseguirmos, só mais uma curiosidade, dessa vez acerca da dúvida sobre o que veio primeiro, se foi o ovo ou a galinha. Do ponto de vista evolutivo, não restam

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

dúvidas de que primeiro veio o ovo. Isso em função de que as aves são descendentes dos peixes, e os peixes já colocavam ovos milhares de anos antes de as aves existirem na face da Terra. Portanto, o ovo veio antes!)

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

6. A origem da Fobia Social

Os profissionais da saúde utilizam o termo **etiologia** para fazer referência ao estudo das causas de determinada doença. Assim, quando falamos da etiologia do Transtorno de Ansiedade Social, estamos nos referindo aos fatores que levam ao surgimento desta disfunção. Como acontece em muitos outros casos, a etiologia da Fobia Social é multifatorial, ou seja, existem diversos fatores (biológicos, culturais, familiares e pessoais, só para citar alguns) que, quando interagem, causam esse transtorno. Para iniciarmos nossa compreensão sobre a origem (etiologia) da Fobia Social, precisamos recorrer à própria origem da espécie humana.

O que os nossos ancestrais tem a ver com a Fobia Social?

Se você prestou atenção nas aulas de biologia do colégio, já deve ter ouvido falar num pesquisador muito importante chamado Charles Darwin. Talvez a maior contribuição de Darwin para a ciência tenha sido do sentido de mostrar que a sobrevivência de qualquer espécie de ser vivo depende de sua capacidade de adaptação ao meio. Foi Darwin o responsável pela divulgação da idéia de **seleção natural**: aqueles membros da espécie mais "fortes" – ou seja, com características que lhe conferem maior capacidade de adaptação ao meio – passam seus genes para as gerações seguintes, ao passo que os membros mais "fracos" acabam morrendo sem conseguir propagar sua carga genética. De uma maneira simples, a idéia básica é a de que os mais fortes são "selecionados" e sobrevivem, os mais fracos não. Decorrente dessa lógica, podemos afirmar que cada um de nós carrega em sua carga genética toda uma história evolutiva. Se você está vivo hoje, é por que seus antepassados transmitiram, geração após geração, genes que favoreceram a sobrevivência

Mas o que isso tem a ver com a Fobia Social? Para responder a essa pergunta, farei uma outra que pode lhe ajudar a encontrar a resposta: "por que o ser humano experimenta medo e ansiedade"? (reflita um pouco antes de ler a próxima frase). Se ainda não chegou a uma resposta, deixe-me dar mais uma pergunta-dica "de que maneira a ansiedade e o medo podem ser ou podem ter sido úteis para sobrevivência da espécie humana"?

Se você está ainda encontrando dificuldades para obter a resposta, vamos refletir conjuntamente. Pensemos primeiro nos efeitos que a ansiedade exerce em nosso organismo. Quando um estímulo desencadeia uma reação de medo, há a ativação de uma estrutura no cérebro chamada **amígdala** (não confunda com a amígdala da garganta, que não tem nada a ver!). A ativação dessa estrutura é responsável pelo gatilho que gera uma série de alterações

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

que ocorrem em nosso corpo quando sentimos medo. Dentre as principais mudanças, estão: aumento da freqüência cardíaca e respiratória, dilatação das pupilas e sudorese. Estas alterações no funcionamento do nosso organismo ocorrem graças à produção e liberação de um hormônio chamado **adrenalina**. A parte do nosso corpo responsável por deixá-lo em estado de alerta é chamada de **sistema nervoso simpático.**

Mas a grande questão aqui é a seguinte: "Qual o propósito de todas essas mudanças"? Se nos valermos da idéia de seleção natural, podemos supor que nenhuma reação do nosso organismo acontece por acaso – elas servem para alguma coisa. No caso das alterações provocadas ansiedade, o ponto fundamental é que elas nos deixam em prontidão para reações de **luta e fuga**, essenciais para sobrevivermos diante de ameaças. Afinal de contas, se estivermos numa situação de perigo, vamos querer ter nossos músculos bem alimentados e oxigenados (aumento da freqüência cardíaca e respiratória), nossos olhos capazes de sinalizar a presença de qualquer estímulo suspeito (dilatação das pupilas) e, se o inimigo chegar a nos tocar, desejaremos profundamente que sua mão escorregue, impedindo-o de nos agarrar (sudorese).

Além das reações de luta e fuga, existe uma terceira, chamada de **congelamento**. Os termos luta, fuga e congelamento são as traduções dos termos em inglês *fight*, *fly* e *freeze* (infelizmente a rima não fica legal em português). Assim como a luta e a fuga, o congelamento também favorece a sobrevivência diante da ameaça. Imagine que você esteja escalando uma pequena árvore à procura de alimento e, de repente, detecta a presença de um enorme leão faminto, em busca do jantar. Você é mais fraco e está numa posição vulnerável. Então, qual a saída para sobreviver? Ficar absolutamente imóvel e em silêncio para que sua presença não seja percebida! E é justamente aí que entra a reação de congelamento.

É interessante reparar que, para sobrevivermos diante do perigo, não precisamos usar recursos mentais superiores, tais como o raciocínio lógico ou uma memória elaborada. O que precisamos mesmo é uma reação primitiva e instintiva: atacar a fonte de ameaça (luta), dar no pé (fuga) ou ficar parado como uma pedra para não ser notado (congelamento). Isso nos ajuda a entender por que é tão difícil nos concentrarmos em uma tarefa que nos exija esforço mental (p. ex.: estudar, prestar atenção numa aula, escrever um trabalho) quando estamos ansiosos. Não é a toa que os fóbicos sociais tem "brancos" em situações de desempenho...

A discussão até o momento centrou-se na ansiedade de modo geral, enfatizando seu caráter adaptativo para espécie humana. Parece muito razoável que tenhamos medo de leões famintos ou cobras venenosas, mas por que de pessoas? O que tem a ver a Fobia Social com a evolução da espécie? Para compreendermos essa questão, é importante termos em mente que

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

a espécie humana tem mais de 130.000 anos, ao passo que a civilização não tem mais de 10.000 anos. Se imaginarmos nossos ancestrais há milhares de anos atrás, antes do surgimento da civilização, não seria estranho encontrarmos indivíduos dominantes em determinado grupo, os quais ditavam as regras da caverna (será que hoje em dia é tão diferente?). Se algum membro do grupo quisesse se impor diante de um "líder", seriam grandes a chances haver problemas, tais como uma briga letal ou uma expulsão. Assim, nada mais adaptativo que uma "política da boa vizinhança", obtida por meio de comportamento retraído e submisso frente aos membros dominadores (mais uma vez, não é toa que os fóbicos sociais sintam mais ansiedade diante de figuras de autoridade ou vistas como superioras).

Embora a submissão seja adaptativa, a dominância também é. Então, como podem duas características antagônicas serem adaptativas? A natureza, com toda sua sabedoria, criou espaço para todos. A convivência em grupos é possível graças ao fato de diferentes pessoas possuírem diferentes graus de submissão/dominância. Na verdade, podemos pensar em submissão e dominância como dois pontos de um mesmo continuum. Ou seja, existe um todo um espectro de sumissão/dominância – tal como os diferentes tons de cinza existentes entre o preto e o branco. Cada um de nós situa-se em algum lugar desse espectro. A figura 2 ilustra essa distribuição.

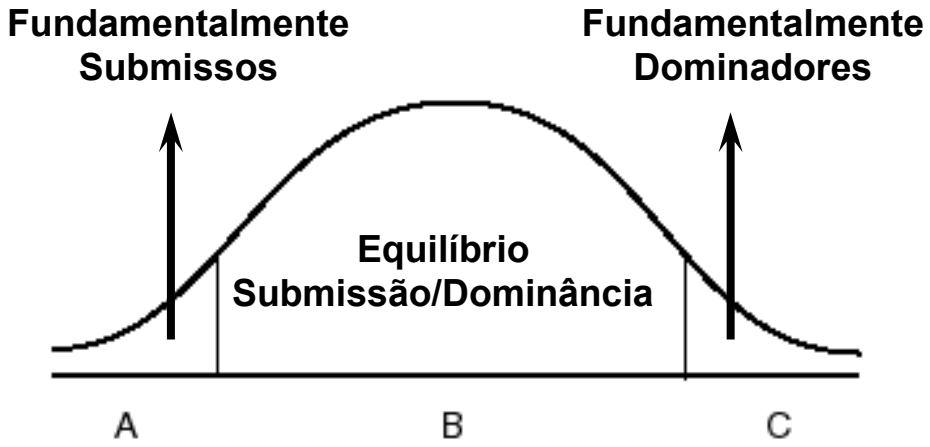


Figura 6.1. Distribuição das pessoas segundo o grau de submissão / dominância

Conforme pode ser visualizado na figura 2, a grande maioria das pessoas (cerca de 70% da população) encontra-se na faixa central do espectro (área B). Os que se encontram no extremo submisso (área A – cerca de 15% das pessoas) são aqueles com maior predisposição a desenvolverem Fobia Social, ou seja, possuem uma **vulnerabilidade biológica** para esse transtorno. Os indivíduos situados no outro extremo (Área C – em torno de 15% da população) estão mais propensos a desenvolverem outros transtornos, diversos da Fobia

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Social. Cabe aqui uma pequena palavra de advertência: o fato de alguém possuir uma predisposição (estar dentro da área A) não quer dizer que necessariamente desenvolverá o Transtorno de Ansiedade Social. Da mesma forma, um indivíduo situado nas áreas B e C não está imune a esse transtorno. Como veremos a seguir, existem outros fatores que interferem na instalação ou não deste quadro.

A seleção natural não faz apenas com que nos sintamos ansiosos. Ela também é responsável por nosso desejo de nos relacionarmos com outras pessoas, desejo esse denominado **sociabilidade**. A vantagem evolutiva é evidente: somos muito mais fortes e temos muito mais chances de sobrevivermos se estivermos unidos com outros do que se estivermos sozinhos. Aqueles acometidos pelo Transtorno de Ansiedade Social desejam relacionar-se com outros, ou seja, possuem sociabilidade. E isso é uma das causas de seu sofrimento: eles querem se relacionar, mas simplesmente não conseguem.

Onde entram a família e o indivíduo?

Retomando a introdução deste capítulo, vimos que a etiologia da Fobia Social é multifatorial. Os aspectos biológicos / genéticos descritos anteriormente são fundamentais, porém existem outros fatores etiológicos que merecem ser abordados. Os próximos parágrafos serão dedicados a uma discussão destes outros fatores, com destaque para as variáveis familiares e psicológicas.

Quando nascemos, nosso mundo é nossa família, principalmente pai e mãe (e/ou outros cuidadores significativos). Tendo em vista que a criança vem "crua" ao mundo, ela não tem como questionar a autenticidade das mensagens transmitidas pelos outros significativos, e acaba aceitando-as como verdades incondicionais. Conforme veremos em maiores detalhes no capítulo seguinte, nós construímos nossas convicções mais profundas acerca de nós mesmos e do ambiente ao nosso redor desde a mais tenra idade. As crenças formadas na nossa infância e adolescência vão determinar em grande parte nosso funcionamento adulto, inclusive no que concerne à ansiedade social. A forma e o conteúdo dessas crenças vão depender significativamente das mensagens transmitidas pelos pais.

Alguns estudos sugerem que os pais de pacientes com Fobia Social foram pouco amorosos e bastante superprotetores em sua infância. Também não são raros os casos de progenitores extremamente rigorosos e perfeccionistas em relação ao desempenho da criança, exigindo um padrão inatingível. Quando a criança não atingia essa performance esperada – ou seja, quase sempre – a resposta era de desaprovação. Adicionalmente, é comum observarmos um padrão familiar de preocupação com as aparências e com a conformidade às normas

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

culturais. A célebre frase: “mas o que os outros vão pensar”?, recitada por muitos pais e mães de fóbicos sociais, sintetiza a essência dessa preocupação.

Crianças que nascem e crescem em famílias com as características citadas anteriormente são diariamente bombardeadas com mensagens diretas e indiretas que transmitem uma série de idéias que vão constituir a base sobre a qual a Fobia Social se instalará mais tarde. O quadro 6.1 apresenta uma série destas idéias:

“Você só será aprovado se tiver um desempenho diferenciado”
“As pessoas só gostarão de você se você as agradar”
“Você tem que fazer muito para as pessoas gostarem de você”
“A opinião dos outros é o que conta”
“Se a sua performance não for excelente, você é um completo fracasso”
“Você não tem capacidade para fazer as coisas. É melhor pedir para alguém fazer por você”
“Seu valor enquanto pessoa depende da aprovação dos outros”
“Independente de onde esteja, você será percebido e depreciado se estiver fora dos padrões de excelência”
“Ninguém esquecerá se você der um vexame – vai ser uma cruz que você carregará pelo resto da vida”

Quadro 6.1. Idéias transmitidas pela família que irão formar as bases para o desenvolvimento da Fobia Social

Não podemos nos esquecer que as crianças (mas não só elas) aprendem muito a partir da observação do comportamento de outros significativos. Não é mera coincidência que pais e filhos apresentem padrões comportamentais semelhantes, fazendo jus ao ditado “tal pai, tal filho”. Este processo através do qual aprendemos mediante aquilo que verificamos em outras pessoas é chamado de **modelagem**. Por meio da modelagem, os filhos de fóbicos sociais podem aprender esse padrão de evitação e ansiedade social ao observarem seus pais.

Estas idéias transmitidas pela família relativas aos padrões de desempenho, à capacidade da pessoa e ao ambiente social vão estar no cerne das convicções mais fundamentais que o indivíduo possui sobre si mesmo e sobre o mundo ao seu redor. Por sua vez, estas convicções vão ser responsáveis pela **vulnerabilidade psicológica** para a instalação de um Transtorno de Ansiedade Social. Quando a vulnerabilidade biológica e psicológica se encontram com experiências de vida desagradáveis, a Fobia Social começa a surgir

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

lentamente. O início da Fobia Social tende a ser insidioso, ou seja, começa com manifestações aparentemente normais, mas vai se agravando aos poucos com o passar do tempo.A figura 3 sintetiza a etiologia da Fobia Social

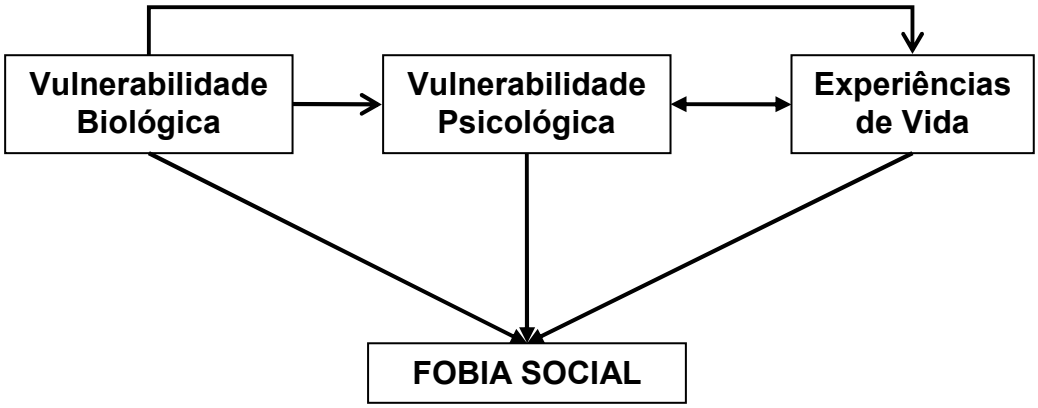


Figura 6.2. Etiologia do Transtorno de Ansiedade Social

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

7. O que acontece no cérebro de quem tem Fobia Social?

Não é novidade para ninguém que o cérebro é o órgão mais complexo do ser humano. O cérebro é o responsável por coordenar todas as atividades humanas, das mais simples (p. ex.: fazer o coração bater) às mais complexas (p. ex.: resolver um problema matemático). Desnecessário dizer que a fobia social é uma conseqüência de diversas atividades que ocorrem em partes específicas do cérebro da pessoa, e é justamente isso que será abordado nesse capítulo. Antes que você possa compreender como funciona o cérebro de um fóbico social, é preciso que tenha algumas noções gerais sobre a estruturação deste fascinante órgão.

As reações de ansiedade começam com um estímulo, ou seja, uma informação que entra através dos nossos órgãos dos sentidos (olhos, ouvidos) e é enviada ao cérebro para ser processada. E o foco deste capítulo reside justamente neste processamento que acontece entre a entrada da informação sensorial e a manifestação da ansiedade.

Em capítulos anteriores, mencionamos que o ser humano de hoje é um produto de milhares de anos de evolução. A espécie humana foi "aprendendo" ao longo das gerações a se adaptar ao ambiente, e esse processo de adaptação trouxe consigo alterações na estruturação de nossos cérebros. Ao observarmos como o cérebro está organizado, podemos verificar que existe uma série de estruturas superpostas, umas sobre as outras. Essa estruturação do cérebro revela o processo de evolução da espécie: aquelas estruturas situadas mais na parte de baixo (na base) são mais primitivas do ponto de vista evolutivo. Tais estruturas são responsáveis pelas funções de preservação da vida, como regulação do comportamento e da temperatura corporal, respiração, sono, fome, etc. Este conjunto de estruturas primitivas é chamado de **tronco encefálico** ou, também, **complexo reptiliano**.

Por outro lado, aquelas estruturas que compõem a camada mais externa do cérebro (chamado **córtex cerebral**) estão associadas a funções mentais superiores, como o pensamento abstrato, por exemplo. O córtex cerebral é o mais recente em termos evolutivos. No meio do caminho, entre o complexo reptiliano e o córtex cerebral, encontra-se um conjunto de estruturas, chamado de **sistema límbico**. As principais funções do sistema límbico envolvem a memória, aprendizagem e o processamento de emoções. Um esquema representando essa estruturação do cérebro pode ser vista na figura 7.1

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

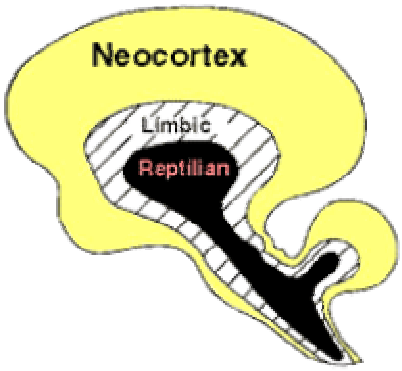


Figura 7.1 – Organização hierárquica do cérebro

As diferentes estruturas de cada uma das três "camadas" do cérebro tem um papel diferente nas reações de ansiedade. Para começarmos a compreender a função desempenhada por cada área do cérebro, vamos ter em mente o caminho apresentado na figura 7.2:

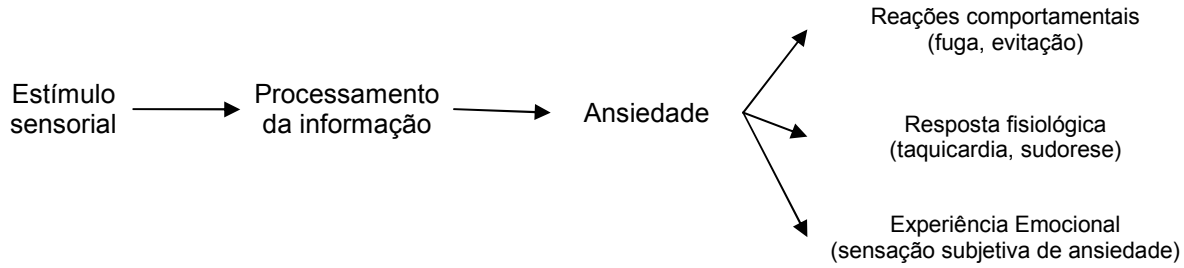


Figura 7.2 – Rota da ansiedade

Conforme pode ser visualizado na figura 7.2, tudo começa quando uma informação sensorial chega até nós para ser processada. Tais informações estimulam os nossos órgãos dos sentidos, que, por sua vez, transformam esses dados em impulsos elétricos e os enviam para o cérebro. Ao chegar no cérebro, a informação sensorial toma dois caminhos. Um deles – representado pelo número 1 na figura, vai direto para a amígdala (via direta ou inferior). A outra rota – representada pelo número 2 – também termina na amígdala, mas passa antes pelo córtex cerebral (via indireta ou superior). Embora ambos caminhos tenham um mesmo fim, existem importantes diferenças entre eles.

No primeiro, os dados sensoriais chegam quase que instantaneamente na amígdala. Essa rapidez, contudo, tem um preço: as informações que chegam até ela são demasiado cruas, uma vez que não receberam nenhum tipo de tratamento por estruturas superiores (i. é, corticais). Conseqüentemente, a amígdala pode desencadear reações de ansiedade precipitadamente, pois responde a estímulos ainda não adequadamente avaliados.

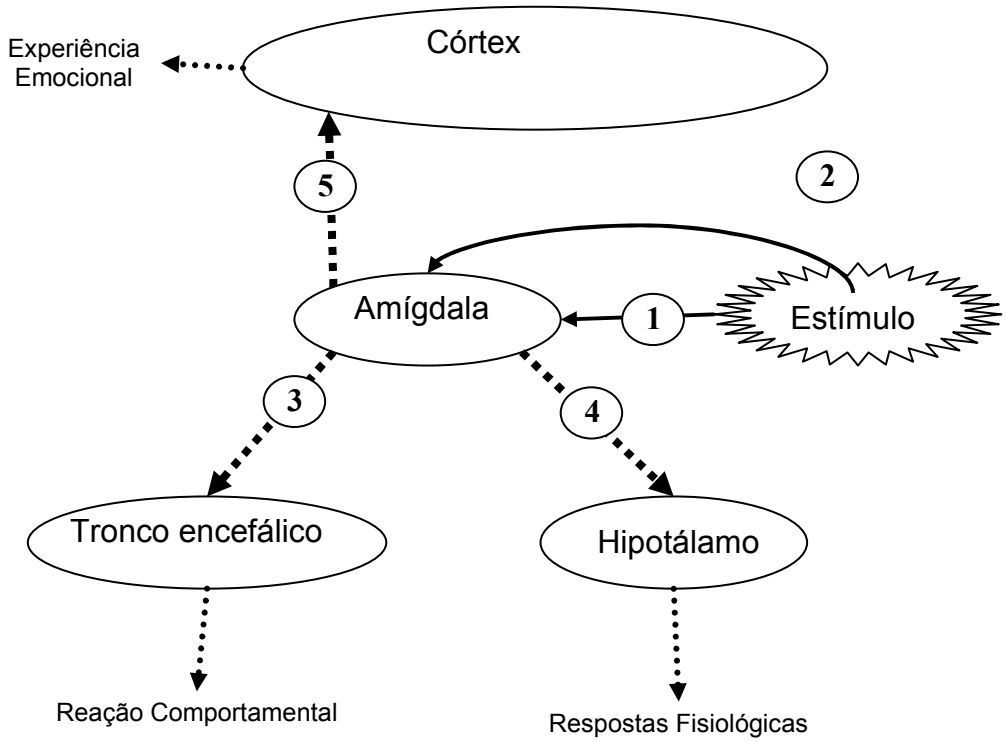
Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Na segunda rota (a via indireta), a informação faz um trajeto maior, que passa pelo córtex cerebral. Esse trajeto mais longo tem um custo: menor velocidade na transmissão das informações. Por outro lado, é evidente que este custo está associado a um benefício – os dados que chegam até a amígdala por essa via recebem um processamento mais elaborado. De posse de dados mais elaborados, a amígdala pode regular mais adequadamente sua ativação, evitando, assim, desencadear reações de ansiedade desproporcionais em relação à periculosidade da situação.

A má notícia aqui é a seguinte: como a via direta é mais rápida, a amígdala já começa a reagir diante de quaisquer mínimos sinais de ameaça (p. ex. um colega se vira para trás para conversar enquanto o indivíduo apresenta um trabalho), antes mesmo de receber a informação mais elaborada advinda do córtex. Então, quando os estímulos adequadamente processados chegam por meio da via indireta (p. ex.: o colega que se virou para trás não estava desinteressado, ele apenas pediu uma borracha emprestada), pode ser tarde demais, pois a amígdala já ativou as outras estruturas que trabalham com ela na produção da ansiedade. O conhecimento destas duas vias de acesso da informação sensorial até a amígala é importante, pois ele traz implicações para o processo de terapia. Tais implicações serão abordadas mais adiante no capítulo, após discutirmos as outras estruturas cerebrais envolvidas na ansiedade.

Se observarmos novamente a figura 7.2, vamos ver que a ansiedade envolve distintos elementos: reações comportamentais, respostas fisiológicas e a experiência emocional subjetiva. Cada um desses elementos depende da ativação de determinadas estruturas com as quais a amígdala tem relação. Quando a amígdala excita certas regiões do tronco encefálico responsáveis pela regulação dos movimentos (número 3 na figura), temos as manifestações comportamentais. A ativação do hipotálamo pela amígdala (número 4), por sua vez, provoca uma série de reações corporais em cadeia, causando as respostas fisiológicas que apresentamos diante de estímulos ameaçadores. Por fim, as informações enviadas da amígdala ao córtex cerebral (número 5) culminam na experiência subjetiva da ansiedade. A figura 7.3 resume a relação da amígdala com as estruturas responsáveis pelos diferentes elementos que compõem a ansiedade.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com



1) Via direta ou inferior; 2) Via indireta ou superior; 3) Ativação do tronco encefálico pela amígdala; 4) Ativação do hipotálamo pela amígdala; 5) Ativação do córtex cerebral pela amígdala

Figura 7.3 – processamento da informação ameaçadora no cérebro

Até agora, vimos que a amígdala é a principal estrutura no processamento de informação ameaçadora, orquestrando a ativação de outras áreas cerebrais que, de maneira integrada, produzem as reações de ansiedade. Por exercer essa função central na regulação ansiedade, a amígdala é responsável por um fenômeno chamado **medo condicionado**. O medo condicionado envolve o processo através do qual aprendemos a sentir medo de um estímulo que, em princípio, é inofensivo. Aqui, parece legítimo perguntar: por que acabamos temendo algo que não representa um perigo real? A resposta é simples: temos medo do inofensivo porque, em algum momento passado, este estímulo esteve associado a algo realmente ameaçador.

No caso da fobia social, o indivíduo aprende a temer a exposição social e situações nas quais possa ser avaliado negativamente por outras pessoas. Na maioria das vezes, expor-se socialmente não representa uma ameaça concreta para o bem-estar do sujeito. Contudo, por meio de um processo de aprendizagem ocorrido no passado (p. ex.: ter sido alvo de chacota e excluído dos grupos por gagejar nas apresentações de trabalhos), o indivíduo associa estas circunstâncias de interação social a uma resposta de medo. Após essa aprendizagem, as situações de exposição social passam a despertar ansiedade automaticamente. Em outras

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

palavras, a via direta, que informa instantaneamente a amígdala sobre ameaças potenciais, torna-se extremamente robusta, fortalecendo-se dia após dia. Por sua vez, a via indireta, que trabalha com dados mais elaborados, acaba não tendo força suficiente para inibir a ativação da amígdala. O resultado dessa balança desigual é evidente: uma vez estabelecido o medo condicionado, a via direta sempre leva vantagem, desencadeando reações intensas de ansiedade antes que a via indireta possa fazer algo a respeito.

A boa notícia aqui é que, da mesma forma que o medo pode ser condicionado, ele pode também ser "descondicionado". E é juntamente isso que a terapia irá buscar – fazer que o indivíduo desaprenda a sentir medo. No capítulo 13, veremos que um componente central no tratamento da fobia social é uma estratégia chamada dessensibilização sistemática. Não é o foco deste capítulo aprofundar-se na descrição desta estratégia, cabendo aqui apenas umas breves palavras sobre a moral da história: por meio da dessensibilização sistemática, o paciente é exposto sistematicamente a situações sociais, até o momento em que desaprende a sentir medo nestas circunstâncias.

Para entendermos como se processa a dessensibilização no cérebro, cabe olharmos novamente para a figura 7.3. Ao observarmos a relação entre o córtex e a amígdala, perceberemos que é uma via de mão dupla: da mesma forma que o córtex alimenta a amígdala com informações filtradas, essa última informa as estruturas corticais acerca da periculosidade da situação eminente.

De maneira simples, no medo condicionado, a via amígdala➔córtex (número 5 da figura) encontra-se hiper-ativada. Assim, a amígdala bombardeia o córtex com alertas de perigo eminente, restando a ele apenas receber essas informações cruas e produzir uma experiência subjetiva de ansiedade. Por outro lado, quando o processo de medo condicionado passa a se inverter por meio da terapia, é a via córtex➔amígdala (número 2 da figura) que passa a ser estimulada. Em termos do que acontece no cérebro, portanto, a terapia tem por objetivo fortalecer a via indireta de transmissão de informações. A partir disso, o córtex passará a desempenhar um papel mais importante na regulação da ativação da amígdala, evitando que ela dispare desenfreadamente diante dos menores sinais de ameaça que chegam pela via direta.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

8. Como pensa, sente e se comporta alguém com Fobia Social?

Sentimentos, pensamentos e comportamentos são elementos presentes em basicamente qualquer experiência humana. Existem influências mútuas entre eles e, na prática, os três ocorrem simultaneamente. Como conseqüência, é muitas vezes difícil especificar cada um deles em uma determinada situação. Contudo, para aumentarmos nossa compreensão sobre como funciona um indivíduo com fobia social, é necessário identificarmos o papel desempenhado pelos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Cabe aqui retomarmos algumas características da fobia social, descritas no capítulo 2. Indicamos anteriormente que este transtorno é caracterizado por uma elevada ansiedade em situações sociais, o que leva o indivíduo a evitá-las ou então suportá-las com intenso sofrimento. Apontamos também que os indivíduos com fobia social, ao interagirem com outras pessoas, freqüentemente acreditam que estão sendo avaliados negativamente. A partir destas características, vamos identificar onde estão os pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como seus papéis na fobia social.

Mais adiante nesse livro, no capítulo que fala sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental, veremos em detalhes que o pensamento é o principal componente para o entendimento e o tratamento dos mais distintos transtornos psicológicos. Por hora, é suficiente indicar que temos bons motivos para acreditar que são os pensamentos que dão origem aos sentimentos e comportamentos. Embora existam influências mútuas entre estes três elementos, partiremos do pressuposto de que o pensamento vem antes do sentimento e do comportamento. Para não parecer que estamos colocando esse princípio "goela abaixo", analise as três frases a seguir e indique aquela que parece fazer mais sentido:

1) Me senti ansioso, logo pensei que estavam me avaliando negativamente e saí daquela situação.

2) Saí daquela situação, logo me senti ansioso e pensei que estavam me avaliando negativamente.

3) Pensei que estavam me avaliando negativamente, logo me senti ansioso e saí daquela situação.

É bem provável que você tenha indicado a última frase como sendo aquela que mais faz sentido. E é justamente ela que está construída de acordo com pressuposto recém indicado: é o pensamento ("pensei que estavam me avaliando negativamente") que determina o sentimento ("me senti ansioso") e o comportamento ("saí daquela situação"). Portanto, para compreendermos o funcionamento da pessoa com fobia social, precisamos conhecer quais são

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

seus padrões de pensamento e de que maneira estes pensamentos influenciam seus sentimentos e comportamentos.

Os padrões de pensamento dos fóbicos sociais geralmente giram em torno de: percepção de incapacidade para relacionar-se adequadamente, dever auto-imposto de causar sempre uma ótima impressão, visão dos outros como críticos e depreciadores, entre outros. Estes pensamentos possuem um tema em comum – os terríveis efeitos provocados pela avaliação negativa alheia. Tais padrões, por sua vez, fazem com que as situações de interação social sejam percebidas como ameaçadoras. Em outras palavras, fóbico social percebe-se vulnerável diante das ameaças sociais e, como já vimos em capítulos anteriores, a percepção de ameaça gera ansiedade.

Passemos agora para uma discussão dos outros elementos que são produto dos pensamentos: os sentimentos e comportamentos. Talvez os sentimentos / emoções sejam aqueles mais fáceis de identificar. Embora cada experiência emocional do fóbico social tenha um "colorido" particular, o sentimento básico é o mesmo: ansiedade. Além da ansiedade, podemos indicar outras emoções comumente vivenciadas: medo, pânico, angústia, terror, apreensão, agonia, aflição, inquietação, nervosismo, entre outros. As diferenças entre estas emoções são sutis, e não raras vezes é difícil separar uma da outra. Contudo, o que importa aqui são as semelhanças: todas elas são decorrentes da percepção de algum tipo de ameaça, e seu objetivo é auxiliar o indivíduo a tomar atitudes que o ajudem a lidar com o perigo. Dito de maneira diferente, as emoções relacionadas à ansiedade tendem a despertar os nossos já conhecidos comportamentos de segurança.

Conforme indicado no capítulo 2, os comportamentos de segurança são atitudes ou atos mentais que os fóbicos sociais utilizam para reduzir a ansiedade em situações sociais presentes ou futuras. Os comportamentos de segurança, via de regra, envolvem processos de fuga e de evitação.

A fuga ocorre quando o indivíduo tem um comportamento depois que se depara com um evento ameaçador. Por exemplo, um fóbico social vai a uma festa de sua turma e, ao chegar lá, sua ansiedade eleva-se de tal maneira que ele acaba indo embora em seguida. Neste caso, a pessoa chegou a deparar-se com a ameaça (o olhar crítico dos colegas que estavam na festa), mas fugiu devido à intensidade do perigo percebido.

A evitação, por outro lado, são atitudes que previnem que o indivíduo se depare com a ameaça. Por razões óbvias, a evitação ocorre antes do contato com o estímulo ameaçador. Seguindo a mesma linha do exemplo anterior, um exemplo de evitação seria o indivíduo simplesmente avisar um colega (inventando uma desculpa esfarrapada qualquer) que não

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

poderia à festa. Essa atitude, feita antes do contato com o perigo (o olhar crítico dos colegas que estavam na festa), fez com que o fóbico social não precisasse experimentar a ansiedade que certamente apareceria se ele fosse ao encontro da turma.

Com base no exposto anteriormente, podemos agora responder à pergunta que dá nome a este capítulo – "como pensa, sente e se comporta alguém com fobia social"? Em resumo, o indivíduo com fobia social percebe-se incapaz de lidar com a avaliação negativa alheia e suas conseqüências (pensamento), fica ansioso ao interagir com outras pessoas (sentimento) e foge ou evita situações de exposição social (comportamento).

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

9. A Fobia Social muda de pessoa para pessoa?

Uma dúvida que pode ter surgido a partir da leitura do livro até agora envolve um questionamento do tipo "essas descrições sobre a fobia social e sobre o seu funcionamento valem para todas as pessoas, independente de sexo, idade e cultura"? Certamente, trata-se de uma pergunta importante e legítima, tanto é que este tema já foi alvo de muitos estudos realizados por psicólogos e psiquiatras. A seguir, apresentaremos algumas informações sobre as manifestações da Fobia Social em diferentes momentos do desenvolvimento humano, bem como as diferenças entre homens e mulheres.

Às vezes a criança tímida é um pouco mais que isso...

Durante muitos anos, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social na infância era pouco conhecido, de modo que muitas crianças fóbicas sociais passavam desapercebidas, e o seu comportamento disfuncional era atribuído a outros fatores. Essa espécie de descaso em relação à Fobia Social na infância foi reforçada pela baixa saliência que esses casos possuem. Crianças com Fobia Social não costumam enquadrar-se no típico perfil do "aluno-problema", que freqüentemente atrai mais a atenção dos educadores devido ao seu comportamento perturbador. Por conseguinte, as escolas não costumam ter muitas reclamações dos pequenos fóbicos sociais, fazendo com que sua preocupação seja direcionada aos alunos mais bagunceiros ou com problemas de aprendizagem mais proeminentes. Infelizmente, pouquíssimas escolas possuem em seus currículos matérias sobre relacionamento interpessoal, sendo seu foco voltado para o ensino de conteúdos. Diante disso, um aluno com uma Fobia Social significativa, se tirar boas notas, pode passar por todo ciclo de ensino sem ser-lhe indicado um tratamento.

Mas não botemos todas as responsabilidades sobre a escola (que já tem problemas demais para se preocupar). É comum que os pais tenham sua parcela no não reconhecimento (ou reconhecimento tardio) do Transtorno de Ansiedade Social em seus filhos. Afirmações do tipo "ele nasceu assim" ou então "é só o jeito dele" podem mascarar um quadro de Fobia Social. Para os filhos de fóbicos sociais (principalmente daqueles que nunca buscaram tratamento), declarações como "não há o que se preocupar, eu era exatamente assim quando tinha a idade dele" prejudicam o reconhecimento e a terapêutica do quadro.

Hoje em dia, contudo, o panorama de falta de reconhecimento do Transtorno de Ansiedade Social na infância já não é mais o mesmo. Não restam dúvidas de que a Fobia Social pode ser diagnosticada na infância, e há muitos estudos sugerindo que a prevalência do transtorno nessa faixa etária é maior do que se imaginava antigamente. A essência do quadro

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

é a mesma que no adulto, mas as crianças apresentam algumas particularidades na manifestação da Fobia Social.

Em primeiro lugar, para afirmarmos que uma criança possui Fobia Social, suas dificuldades de interação devem ocorrer em contextos que envolvam outras crianças. Dado que algumas crianças não interagem adequadamente com adultos, o diagnóstico não pode ser feito se as dificuldades interpessoais restringirem-se a estas interações. Em segundo lugar, as crianças podem não expressar que sentem medo ou ansiedade diante de situações sociais, pois a identificação e a verbalização de emoções exige um certo nível de desenvolvimento psicológico. Assim, podemos considerar ataques de choro, raiva e imobilidade como indicadores de desconforto diante de circunstâncias sociais. Por fim, as crianças não precisam ter consciência que o seu medo é irracional, ao contrário do que ocorre com os adultos.

É possível que você já tenha uma boa idéia da manifestação do Transtorno de Ansiedade Social na infância. Mesmo assim, não saia por aí fazendo diagnósticos! Uma avaliação profissional é necessária na medida em que os diagnósticos na infância sempre precisam levar em consideração o nível de desenvolvimento da criança. É esperado, por exemplo, que em certas faixas etárias as crianças prefiram brincar sozinhas e não busquem a socialização, e isso não quer dizer que haja algo errado. Caberá ao profissional identificar se as manifestações da criança estão dentro do esperado para sua idade, ou seja, se há a presença de algum transtorno.

Em determinadas faixas etárias, as crianças tendem a ser muito "sinceras" e "espontâneas". Sob certas circunstâncias, isso pode significar não apresentarem nenhum constrangimento em efetivamente humilhar e denegrir seus pares. As crianças estão mais propensas a falarem o que pensam e atuarem seus desejos, mesmo que isso implique em um desrespeito ao outro. Tais manifestações “autênticas” contribuem para formação de crenças disfuncionais naqueles que são o alvo das depreciações.

Na infância, o Transtorno de Ansiedade Social pode causar sérios prejuízos ao funcionamento acadêmico. Lembre-se que a Fobia Social leva a comportamentos evitativos, os quais impedem a exposição a situações sociais. Para as crianças, qual o principal local de exposição social? A escola! Conseqüentemente, a criança pode passar a relutar em ir para o colégio, mas não por que tenha algo contra o ensino em si. O que ela quer é escapar do sofrimento provocado pela situação social. Para aquelas crianças vítimas de chacota por parte dos colegas – os “corinhos” – o martírio é ainda mais atroz.

Nos casos em que há evitação da escola devido à ansiedade social, a conjuntura que paira sobre os pequenos fóbicos sociais pode se agravar. Não podemos negar que muitas

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

crianças são especialistas na arte de gazear aulas, e o fazem por motivos outros que não a ansiedade social. Contudo, na prática, o que se observa é o mesmo: a criança não está em sala de aula como deveria estar. Por conseguinte, os comportamentos evitativos decorrentes da ansiedade social são erroneamente avaliados como "preguiça" ou "sem-vergonhice", e os efeitos que estes rótulos depreciativos exercem sobre a auto-estima da criança são devastadores.

Adolescentes com Fobia Social: como eu gostaria de ser como todo mundo...

Embora a Fobia Social esteja cada vez mais sendo reconhecida na infância, é na adolescência que começam a aparecer a maioria dos casos. A idade média para o surgimento do transtorno gira em torno dos 15 anos. A razão para esse início na juventude tem a ver com o processo de formação da identidade que ocorre nesse período.

A adolescência é o momento de vida em que o jovem passa a construir sua própria auto-imagem. Nessa etapa em que a pessoa começa a cristalizar sua personalidade e sua noção de "eu", a identificação do adolescente com um grupo é essencial. As "tribos" com as quais os adolescentes passam parcela significativa do seu tempo apresentam certos padrões estéticos e comportamentais. Quando o indivíduo encaixa-se nesses padrões, é aceito pelo grupo e passa pertencer a ele. Nessa perspectiva, o grupo legitima a identidade de cada um de seus componentes. Em resumo, a formação da identidade do jovem está intimamente relacionada como a sensação de pertencimento a determinado grupo.

Mas o que acontece quando não há essa sensação de pertencimento? Basicamente, essa percepção se incorpora à identidade do adolescente. Como conseqüência, sua auto-imagem acaba tendo em sua base crenças do tipo: "sou diferente", "eu não me encaixo", "não sou digno de ser aceito" e outras afins. Conforme apontado no capítulo 6, crenças dessa natureza funcionam como os alicerces sobre os quais a Fobia Social se edificará.

Se as escolas já trabalham pouco com a questão do relacionamento interpessoal com as crianças, o panorama com os adolescentes é ainda pior (OBS.: simplesmente fazer vários trabalhos em grupo não significa uma real abordagem do tema). Mas esse foco "conteudista" da maioria das escolas também não é por acaso, afinal de contas, a matéria "habilidades sociais" não é cobrada no vestibular! Alias, diga-se de passagem, muitos colégios tentam reforçar as questões de relacionamento interpessoal em seus currículos de ensino médio, mas acabam perdendo clientela por não prometerem uma preparação fundamentalmente voltada para o vestibular. É uma pena que muitos pais e alunos ainda não tenham se dado conta que,

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

no mundo de hoje, o sucesso pessoal e profissional depende tanto ou mais da nossa capacidade de relacionamento do que da nossa educação formal.

Fobia Social na vida adulta e suas limitações

O adulto com Transtorno de Ansiedade Social, via de regra, já vem com um histórico de baixas realizações desde a adolescência ou mesmo desde a infância. Acompanhando as baixas realizações está um histórico de evitação de situações sociais em função da ansiedade (e ansiedade em função da evitação). O resultado disso é que a Fobia Social, quando não tratada, é um transtorno crônico e contínuo. Em outras palavras, o transtorno se auto-perpetua, a não ser que seja feito algo para quebrar os círculos viciosos que o mantém. As limitações que a Fobia Social trazem ao indivíduo são muitas, de modo que discutiremos apenas algumas delas.

Adultos com Fobia Social têm mais chances de estarem desempregados. Para entendermos por que isso ocorre, basta nos fazermos uma simples pergunta: como conseguimos um emprego? Para respondê-la, deveríamos fazer referência a uma atitude pró-ativa de busca (envio de currículos, contatos telefônicos), e preparação para atravessar processos seletivos (testagens, entrevistas individuais e grupais). Para a infelicidade de muitos, são todas situações sociais que exigem enfrentamento. Resumindo a história: o comportamento evitativo do fóbico social é incompatível com sua contratação.

Mas a questão do desemprego não termina por aí. Nos tempos de hoje, quando uma empresa contrata um funcionário, só uma palavra interessa: resultados. Se o cargo para o qual a pessoa for contratada exigir constante interação com outros (p. ex. vendedor), os fóbicos sociais têm grandes chances de se darem mal e serem despedidos. O resultado do desemprego é que muitas pessoas com Fobia Social acabam dependendo financeiramente de outros mesmo depois de adultos.

Os problemas de empregabilidade dos fóbicos sociais também podem estar relacionados com outra limitação freqüentemente trazida pelo transtorno: pobre escolarização. Devido ao sofrimento decorrente do contato social na escola, muitos indivíduos abandonam prematuramente os estudos e/ou apresentam um aproveitamento aquém do seu potencial. A conseqüência disso é que, na vida adulta, o leque de atividades que podem exercer fica muito reduzido, geralmente restrito a trabalhos de menor valorização e remuneração inferior.

Um importante fator para nossa saúde e bem-estar psicológico diz respeito a nossa rede de apoio social, ou seja, as pessoas com as quais podemos contar. Diante de praticamente qualquer estressor, a rede de apoio funciona como um suporte que favorece o enfrentamento

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

da adversidade com menor sofrimento. Só que, para termos uma boa rede de apoio, é preciso nos socializarmos. Os indivíduos com o Transtorno de Ansiedade Social tendem a ter uma menor rede de apoio em relação àqueles que não possuem esse diagnóstico. A implicação disso é que lhes será mais sofrível lidar com os infortúnios naturalmente impostos pela vida. Além de possuírem menor rede de apoio, os fóbicos sociais têm menor probabilidade de se casarem, tornado-os predispostos a levarem uma vida indesejavelmente solitária.

Homens ou mulheres: Quem mais sofre de Fobia Social?

Para conhecer a prevalência de um transtorno (i. é., percentual de pessoas que possuem determinada doença), os pesquisadores geralmente utilizam uma das seguintes alternativas: (1) vão à comunidade, batendo de porta em porta e questionando sobre a presença do transtorno ou (2) utilizam os dados dos prontuários de pacientes que buscam atendimento e verificam quantos possuem o referido transtorno. Na primeira opção (pesquisa de por em porta), temos a prevalência na população em geral. Na segunda alternativa, temos a prevalência em amostras clínicas (dados daqueles que procuram tratamento).

Quando são realizadas pesquisas na população em geral sobre a Fobia Social, há uma maior prevalência em mulheres do que em homens. Contudo, com amostras clínicas, essa proporção se inverte. Analisando esses resultados, podemos inferir que há uma maior quantidade de mulheres com Fobia Social na população em geral, mas são os homens que mais buscam tratamento quando acometidos por esse transtorno.

Uma possível explicação para tais achados é que o Transtorno de Ansiedade Social prejudica mais os homens no exercício de seus papéis sociais, fazendo com que eles busquem ajuda profissional com maior freqüência. Por exemplo, é mais fácil que uma mulher com Fobia Social encontre um cônjuge do que o contrário, pois, culturalmente, cabe aos homens tomar a iniciativa de aproximação. Um outro exemplo diz respeito ao aspecto financeiro. Mesmo hoje em dia, ainda é mais comum (e aceitável) que o homem seja o provedor financeiro da casa, cabendo à mulher os cuidados do lar. Sem fazer qualquer juízo de valor a respeito da dificuldade ou importância do trabalho remunerado versus do lar, são as atividades remuneradas que tendem a ser mais socialmente ansiogênicas.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

10. Já ouviu falar em Psicoterapia? Para que serve nesses casos

Para começarmos a entender o que é psicoterapia, vale a pena dividir essa palavra em dois: "psico" e "terapia". "Psico" tem a ver com psiché, palavra grega que significa originalmente "alma" ou "espírito". Nos dias atuais, contudo, usamos a raiz "Psico" para fazer referência à "mente". O termo "terapia", por outro lado, é praticamente auto-explicativo: trata-se da aplicação de métodos (preferencialmente cientificamente fundamentados) para o tratamento das mais diversas enfermidades. Juntando os dois termos, temos que a **psicoterapia** é o tratamento dos transtornos mentais por meio de intervenções psicológicas. Pelo fato de utilizar métodos psicológicos de tratamento, a psicoterapia também é conhecida como terapia da fala.

Não restam dúvidas de que a psicoterapia pode ser extremamente benéfica para aquelas pessoas acometidas pela fobia social. Nesses casos, o indivíduo tem a oportunidade de reconhecer os aspectos disfuncionais de seu funcionamento. Tendo feito esse reconhecimento, o processo de psicoterapia cria a atmosfera necessária para que as mudanças desejadas possam ocorrer.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

11. Tipos de Psicoterapia

Para compreender melhor esse capítulo, é importante que você tenha conhecimento de que existem diversas abordagens, ou diversos "tipos" de psicoterapia. Basicamente, as distintas abordagens possuem diferentes pressupostos sobre como funciona nossa mente. Conseqüentemente, utilizam diferentes métodos de tratamento. Como exemplos de algumas abordagens de psicoterapia, podemos citar a psicodinâmica / psicanalítica, a humanista e a cognitivo-comportamental. É igualmente importante que você saiba que, independente da abordagem, apenas psicólogos e psiquiatras estão legalmente habilitados para serem psicoterapeutas.

Embora as distintas abordagens de psicoterapia tenham em comum o objetivo de ajudar as pessoas, os meios através dos quais será oferecida essa ajuda variam significativamente. A psicoterapia cognitivo-comportamental, foco deste livro, difere das demais abordagens em uma série de aspectos. Em primeiro lugar, ela trabalha com a noção de diagnóstico. Em outra palavras, um terapeuta cognitivo procurará identificar qual o distúrbio psicológico que seu paciente possui antes de iniciar o tratamento. As vantagens de se trabalhar com a noção de diagnóstico são muitas, cabendo ressaltar apenas duas delas aqui. Primeiramente, o uso de diagnósticos realizados a partir de critérios objetivos e internacionalmente reconhecidos permite a realização de estudos científicos sobre a eficácia do tratamento em qualquer país do mundo. Além disso, o diagnóstico fornece ao terapeuta importantes informações sobre o funcionamento de seu paciente. De posse destas informações, o terapeuta pode ir "direto ao ponto", agilizando o processo de mudança.

A segunda diferença entre a PCC e as demais abordagens diz respeito ao seu caráter focal de trabalho. Quando um paciente procura um terapeuta cognitivo, este questiona a respeito dos problemas concretos que seu paciente está enfrentando. Uma vez identificados os problemas, o terapeuta busca, a partir de um trabalho em equipe, estratégias objetivas para encará-los. Este trabalho em equipe evidencia uma terceira característica que diferencia a PCC das outras abordagens: o objetivo explícito que o paciente, ao longo do tempo, torne-se seu próprio terapeuta. Nas discussões que a dupla terapêutica têm sobre o manejo das situações problema, o terapeuta não se limita a oferecer soluções prontas. Em vez disso, o terapeuta ensina estratégias de enfrentamento que podem ser sistematicamente postas em prática no futuro, mesmo após o término do período de terapia. A partir disso, o paciente vai progressivamente necessitando menos da figura do terapeuta, uma vez que aprendeu a lidar com seus problemas com autonomia.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Por fim, vale ressaltar que a PCC dá bastante ênfase às bases biológicas dos transtornos psicológicos. Hoje em dia, é impossível negar que uma série de fatores biológicos é determinante na manifestação de praticamente todos quadros psicopatológicos. Essa preocupação com o lado orgânico dos distúrbios da mente traz importantes implicações. Talvez a principal delas seja a de que a PCC possui uma interface significativa com tratamentos farmacológicos, o que resulta nos chamados **tratamentos combinados**. Quem ganha com isso, evidentemente, é o paciente, uma vez que ele recebe um tratamento abrangente, efetivo e cientificamente fundamentado.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

12. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitiva (TC) é uma abordagem que atribui muita importância à maneira como pensamos. Com efeito, podemos entender o termo "cognitiva" como sinônimo de "pensamento". Para entender melhor a Terapia Cognitiva, é fundamental que você conheça seus três princípios básicos:

1. O pensamento afeta o humor e o comportamento
2. O pensamento pode ser monitorado e alterado
3. Mudanças no humor e no comportamento desejados podem ser efetuadas por meio de mudanças no pensamento

Com base nesses princípios, podemos afirmar que as emoções indesejáveis (p. ex.: ansiedade) e atitudes desadaptativas (p. ex.: comportamentos evitativos) são produtos de uma maneira disfuncional de pensar. Portanto, a TC é uma abordagem voltada para modificação da forma disfuncional que pensamos, pois essa mudança trará benefícios para nossas emoções e atitudes disfuncionais. Embora a TC seja relativamente jovem (40 anos), sua essência filosófica já tinha sido expressa há mais de 2.000 anos pelo filósofo grego Epictetus: "*O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz dos fatos*"

A Terapia Cognitiva é uma abordagem que vem ganhando cada vez mais espaço no cenário internacional, que era dominado até pouco tempo por outras escolas psicoterápicas. A ascensão da TC ao redor do mundo deveu-se a uma série de fatores, dentre os quais merecem destaque: (1) repetidas pesquisas científicas demonstrando sua eficácia no tratamento dos mais diferentes transtornos mentais, (2) consistência de seus pressupostos teóricos e sua compatibilidade com os conhecimentos de outras áreas, tais como as neurociências e (3) possibilidade de oferecer um tratamento estruturado, baseado em manuais reconhecidamente eficazes.

Diga-me o que pensas e eu te direi quem és

Uma grande contribuição da TC para a compreensão e o tratamento dos diferentes problemas psicológicos diz respeito a um princípio chamado **especificidade cognitiva**. Embora o nome possa parecer complicado, a idéia é bastante simples e, ao mesmo tempo, poderosa: *cada transtorno mental tem um padrão próprio de pensamento*. Desta maneira, quando um terapeuta cognitivo realiza um diagnóstico, ele tem condições de saber antecipadamente muitas das características do conteúdo e do funcionamento do pensamento de seu paciente.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

A especificidade cognitiva envolve três grandes áreas: 1) a visão que a pessoa tem de si mesma, 2) a visão que possui dos outros e 3) sua visão de futuro. Essas três visões (sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o futuro) compõem a chamada **tríade cognitiva**. Cada transtorno está associado a uma tríade cognitiva específica. No caso da fobia social, a tríade cognitiva é apresentada na figura 12.1.

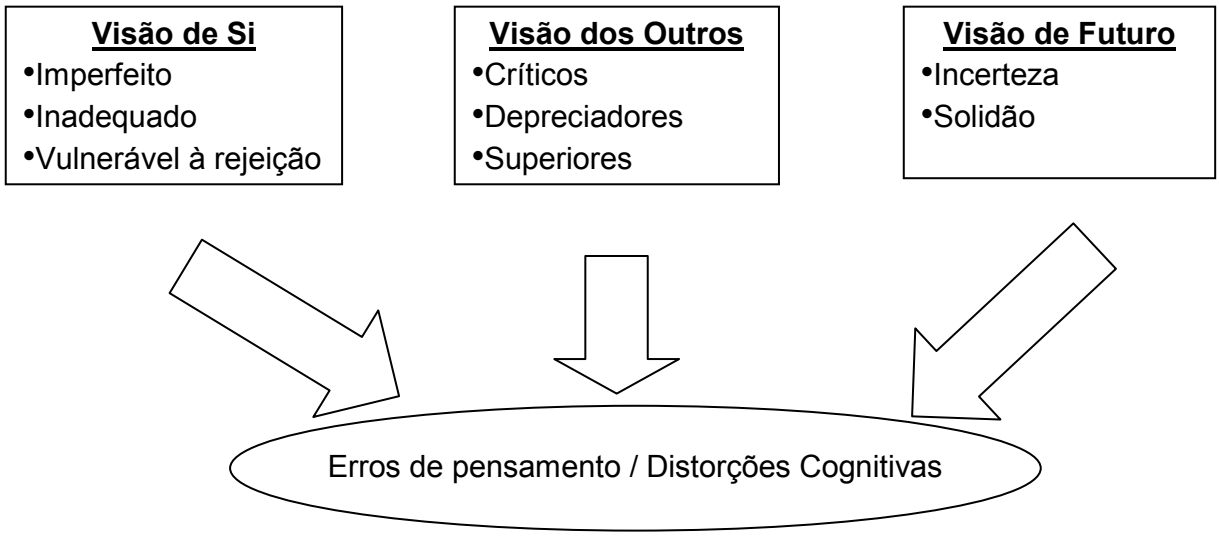


Figura 12.1 – Tríade cognitiva na Fobia Social

Obviamente, a vivência destes padrões de pensamento que cada pessoa experimenta vai ser altamente particular – a TC não afirma que todos que possuem um mesmo diagnósticos pensam exatamente da mesma forma. Cuidado, não confunda especificidade cognitiva com a negação da subjetividade de cada um.

Certamente a TC já conhece bastante sobre a especificidade cognitiva nos quadros de ansiedade em geral e, conseqüentemente, na Fobia Social. Segundo a abordagem cognitiva, a ansiedade, de maneira geral, é decorrente de uma *percepção de ameaça*. Repare aqui que não precisa haver uma ameaça real para desencadear uma reação de ansiedade – basta que a pessoa perceba um estímulo como perigoso. Além do componente da percepção de ameaça, a pessoa sente-se ansiosa na medida em que se vê como incapaz de enfrentar a situação. A figura 4 mostra um resumo da visão cognitiva sobre a ansiedade em geral.

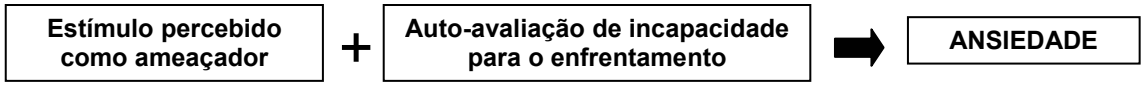


Figura 12.2. Origem da ansiedade segundo a perspectiva cognitiva

Embora o princípio geral descrito na figura 4 seja também aplicável à Fobia Social, existem algumas particularidades que merecem ser destacadas. Primeiramente, fóbicos sociais

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

são tomados por uma série de pensamentos negativos sobre seu desempenho quando encontram-se em uma situação de interação, ao passo que os pensamentos positivos vêm às suas cabeças em muito menor escala. Quanto maior a quantidade destes pensamentos negativos em relação aos positivos, maior será a ansiedade sentida. Além de lhes ocorrerem proporcionalmente mais pensamentos negativos sobre seu desempenho, os fóbicos sociais acreditam mais neles em comparação com pessoas não-ansiosas. Da mesma forma, quanto maior a convicção no pensamento negativo, mais intensa será a ansiedade.

Para exemplificar, suponha que dois rapazes estejam apresentando um trabalho de faculdade para a turma. Um deles possui Transtorno de Ansiedade Social, o outro não. Quando estão diante dos demais colegas e iniciam a apresentação, ocorre o mesmo pensamento a ambos: "Eu não consigo explicar direito isso, eles vão ver que eu não sei nada disso que eu deveria saber". Contudo, a ansiedade sentida por cada um foi diferente, pois aquele com Fobia Social acreditou 100% nesse pensamento, ao passo que o outro acreditou apenas 30% na idéia.

Outro aspecto diz respeito ao grau de exatidão dos pensamentos negativos que vêm à mente dos fóbicos sociais. O fato de os pensamentos serem negativos não quer dizer que eles não sejam realísticos, pois a pessoa pode efetivamente ter tido um mau desempenho. Nesse sentido, os estudos indicam que os fóbicos sociais não são necessariamente irrealistas quando avaliam negativamente seu comportamento. Muitas vezes, quando dizem que não se saíram bem, é porque não se saíram bem mesmo. Por outro lado, existem evidências de que o Transtorno de Ansiedade Social leva as pessoas a serem demasiado pessimistas nas suas avaliações de performance, pois são mais rigorosos consigo mesmos do que com os outros.

Existem evidências de que a ansiedade social não é conseqüência apenas do medo da crítica alheia, ela pode ser também fruto das avaliações depreciativas que o próprio indivíduo faz do seu desempenho. Tendo em vista o elevado padrão de exigência muitas vezes encontrados nessas pessoas, há freqüentemente uma discrepância entre aquilo que o indivíduo efetivamente percebe sobre si mesmo e aquilo que acredita que deveria ser. Essa discrepância, chamada de "fato/dever", influencia na elevação da ansiedade em interações sociais, pois a pessoa sistematicamente fracassa em alcançar aquilo que ela mesma acredita ser os padrões aceitáveis de comportamento.

Só entra na sua mente aquilo que você permite que entre

Outra questão de especificidade cognitiva encontrada nos quadros de Fobia Social refere-se ao funcionamento de sua atenção. Todos nós somos constantemente bombardeados

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

por informações, sejam elas visuais, auditivas, olfativas, gustativas ou táteis. Como nosso cérebro é incapaz de processar todos os dados que chegam até nós através dos órgãos dos sentidos, acabamos desenvolvendo um sistema de filtro, que permite a entrada de apenas uma pequena parcela de informações. Com esse sistema, evitamos ficar sobrecarregados de dados e, além disso, podemos selecionar para o processamento somente aqueles estímulos considerados mais importantes. O nome desse fantástico sistema que controla a entrada das informações a serem processadas pelo nosso cérebro é **atenção**.

Note que a atenção é a responsável pela seleção das informações que processaremos. Mas, no meio de uma verdadeira tempestade de estímulos sensoriais, qual o critério utilizado para essa seleção? A resposta para esta pergunta reside naquilo que os terapeutas cognitivos chamam de crenças ou esquemas (neste livro, consideraremos crenças e esquemas como sinônimos, embora existam algumas diferenças). Uma **crença** ou **esquema** é *uma idéia que acreditamos ser verdadeira e que influencia a maneira através da qual interpretamos o mundo e a nós mesmos*. Desta forma, nossa atenção estará voltada para processar aquelas informações relevantes para os nossos esquemas.

Um ponto importante de ser ressaltado é o de que *as crenças são apenas convicções, e não fatos*. Contudo, a maioria das pessoas inadvertidamente entende suas crenças como verdades, e não como hipóteses sobre a realidade. Na Terapia Cognitiva, uma das primeiras coisas que o paciente aprende é que deve tratar suas crenças como suposições, as quais serão confirmadas ou descartadas de acordo com as evidências empíricas. Em outras palavras, o terapeuta cognitivo estimula seu paciente a ser uma espécie de detetive, investigando pensamentos e crenças e buscando provas que os incriminem ou que funcionem como álibis.

Nos pacientes com Fobia Social, os profissionais da área da saúde mental verificam comumente algumas crenças, tais como "tenho sempre que agradar a todos", "serei humilhado se cometer qualquer erro", "é terrível ser rejeitado", "as pessoas são críticas e depreciadoras", "sou indesejável" e "sou inadequado". Como conseqüência de tais crenças, os pacientes acabam deslocando toda sua atenção para estímulos que sinalizem algum tipo de ameaça social. Esse processo no qual voltamos nosso processamento de informações para determinados estímulos em detrimento de outros é chamado de **atenção seletiva**.

Você tem medo de que?

Mas o que são estímulos indicadores de ameaça social? Basicamente, são aqueles sugestivos de que o indivíduo não está tendo um bom desempenho ou que está sendo desaprovado por parte dos outros. Esses sinais de ameaça social podem ser divididos em dois

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

grandes grupos: aqueles externos e aqueles internos à pessoa. No primeiro grupo, encontram-se as manifestações dos interlocutores que demonstram indiferença, desagrado ou rejeição. Como exemplos, podemos citar: uma expressão facial de tédio, conversa paralela enquanto a pessoa fala e uma postura desinteressada do interlocutor. Tais sinais são mais prováveis de chamar a atenção dos fóbicos sociais do que aqueles que sinalizam aprovação.

No grupo de estímulos socialmente ameaçadores internos ao indivíduo, destacam-se os sintomas fisiológicos da ansiedade. Conforme apresentado no capítulo 6, a ativação do sistema nervoso simpático provoca uma descarga de adrenalina, a qual gera uma série de reações em nosso organismo, tais como taquicardia, tremores leves, sudorese e rubor facial. Quando o fóbico social depara-se com uma situação de exposição e aparecem os primeiros sintomas fisiológicos da ansiedade, ele passa a monitorá-los de perto, pois fica receoso que os outros percebam (afinal de contas, suor e uma voz trêmula não são compatíveis com o desempenho de excelência exigido).

Nesse momento, inicia-se um processamento auto-focado, no qual o sujeito deixa de prestar atenção no ambiente para observar os próprios sintomas fisiológicos e tentar controlá-los. Ao fazer isso, acaba potencializando e superestimando seus sintomas (não é possível nós simplesmente suprimirmos nossas reações corporais), o que vem a reforçar sua auto-imagem de incapacidade e inadequação. Na medida em que sua auto-imagem social negativa intensifica-se, passa a acreditar que os outros o verão da mesma forma, o que o deixa mais ansioso. Novamente, um círculo vicioso se forma. A auto-observação é uma importante engrenagem nesse círculo, uma vez que ela torna difícil que o sujeito preste atenção no ambiente ao seu redor e obtenha evidências de aprovação de seus interlocutores.

A figura 12.3 resume o funcionamento cognitivo do paciente com Fobia Social em uma situação de exposição

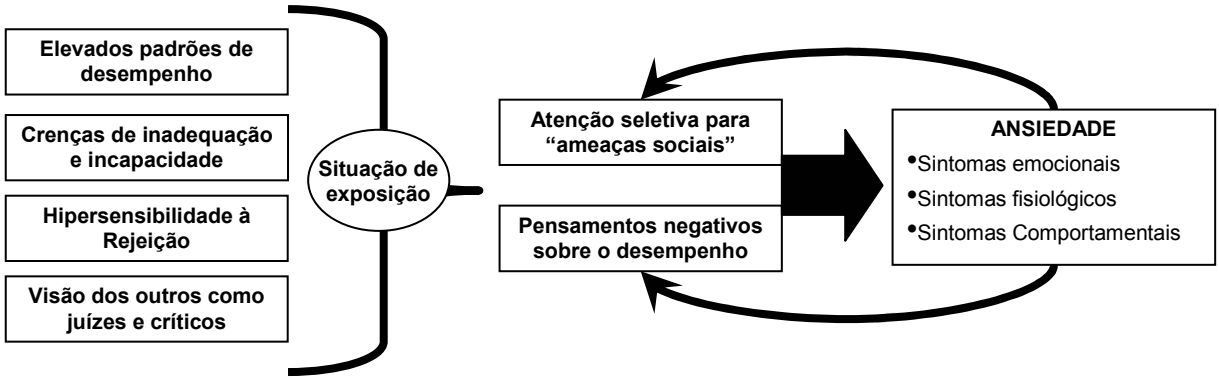


Figura 12.3. Manutenção da ansiedade de desempenho na ótica cognitiva

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Fugindo das prisões que existem dentro e fora de nós

A vida do fóbico social não é feita apenas de situações de exposição. Na verdade, os comportamentos evitativos tendem a ser mais freqüentes que as exposições. Conforme apontado no capítulo 2, estas atitudes tem o efeito de reforçar o medo social. Entretanto, os comportamentos de segurança vão além de simplesmente evitar a exposição. Deles fazem parte uma ampla gama de condutas cujo objetivo é garantir uma performance adequada ou evitar ser o foco das atenções durante os momentos de exposição. Embora sejam chamados de "comportamentos" de segurança, determinados atos mentais também podem receber esse rótulo. Paradoxalmente, todas essas condutas, sejam elas manifestas ou mentais, tem o efeito colateral de chamar a atenção do público, exacerbar os sintomas temidos, piorar a performance do sujeito e/ou confirmar as crenças disfuncionais.

Um exemplo típico de um comportamento de segurança mental ocorre em situações nas quais o fóbico social precisa fazer uma apresentação em público. Nessas circunstâncias, é comum que a pessoa decore previamente tudo que irá falar, palavra por palavra. Durante a apresentação, dois são os resultados mais freqüentes: A primeira possibilidade é que o indivíduo reproduza com perfeição o discurso memorizado (o que torna a apresentação um tanto quanto mecânica e enfadonha), afirmando posteriormente "só consegui falar porque decorei tudo. Se eu tivesse que falar por mim mesmo seria muito pior". A segunda possibilidade é que a pessoa esqueça um trecho de seu texto decorado (inclusive as primeiras palavras) e tranque naquele ponto, sem saber como prosseguir com aquela lacuna. Nestas situações, temos o famoso "**branco**", cujos efeitos sobre o fóbico social são devastadores: "todos viram que eu fiquei parado como um idiota lá na frente sem saber o que dizer. Agora sim vou ser alvo de chacota pelo resto da vida"! Os motivos pelos quais os "brancos" acontecem – e como superá-los – são descritos no capítulo 16.

Os comportamentos de segurança geralmente fazem com que o tiro saia pela culatra. Por exemplo, a pessoa que teme ser vista com a camisa molhada de suor em um dia quente pode usar uma jaqueta ou outra roupa pesada que não transpareça o suor. Além disso, pode manter os braços sempre rentes ao corpo para não aparecerem suas axilas molhadas. Essas atitudes, infelizmente, fazem com que a pessoa sue ainda mais (devido à impossibilidade da pele transpirar e elevação da temperatura corporal), até o ponto em que fica notoriamente encharcada. Adicionalmente, o uso de roupas pesadas num dia quente pode chamar a atenção dos demais. Em outras palavras, o comportamento de segurança (usar roupas grossas num dia

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

quente) acabou sendo o responsável pelo aparecimento do sintoma temido (suor) e das reações alheias indesejadas (chamar a atenção dos outros).

Não é raro que os fóbicos sociais passem por antipáticos ou arrogantes devido aos comportamentos de segurança. Considere a seguinte situação: Ana, uma jovem de 20 anos com Fobia Social vai, pela primeira vez, a uma festa da sua turma de faculdade. Nos dois primeiros anos do curso, ela não foi a nenhum encontro social com seus colegas devido ao seu medo de parecer tola e ser rejeitada por falar algo que não deveria. Ansiosa ao chegar na festa, Ana visualiza sua única colega com quem conversa na faculdade, e vai em sua direção. Ao se aproximar, percebe que a colega está em um pequeno grupo, e passa a se aproximar de maneira mais hesitante. Nesse momento, em sua cabeça estão passando os pensamentos: "Nossa! Vou interromper a conversa delas e elas vão me achar muito inadequada. Será que eu devo ir até ali mesmo? Não seria melhor esperar um pouco"? As outras pessoas percebem a hesitação e acham estranho. Na cabeça das colegas, o pensamento é: "Qual o problema dela? Será que ela se acha tão superior ao ponto de não querer se misturar com a gente?"

Mas Ana, mesmo hesitante, chega até o pequeno grupo onde está sua colega mais íntima. Sua ansiedade está tão intensa que fica com medo que as outras pessoas percebam. Agora, seus pensamentos são: "se eu cumprimentar cada uma, elas vão notar que eu estou vermelha e suada. Acho melhor ficar na minha e não atrapalhar a conversa delas". Como conseqüência desse pensamento, a jovem se une ao grupo mas o faz praticamente calada. As colegas, mais uma vez, estranham a conduta de Ana. Um pensamento compartilhado pelo grupo pode ser descrito mais ou menos assim: "Essa guria deve se achar muito. É muita petulância chegar aqui e sequer dar um oi".

Passados alguns minutos, junta-se ao grupo um rapaz que se interessa por Ana, mas que nunca teve a oportunidade de aproximar-se dela no ambiente universitário. Embora Ana também se interessasse pelo rapaz, ela sempre procurava fugir dele, pois tinha medo de dizer alguma besteira, o que, na sua opinião, certamente levaria o colega a nunca mais procurá-la. Na festa, o rapaz começa a puxar papo, o que deixa Ana cada vez mais nervosa. A cada cinqüenta frases do rapaz, Ana respondia com um monossílabo. Os pensamentos na mente de cada um eram interessantes. De um lado: "Não estou agradando essa guria. Acho que o meu papo não é do tipo que ela gosta. Mas ela podia pelo menos ser educada e me responder direito". Do outro lado: "Eu estou perdendo a oportunidade da minha vida. Eu queria tanto ficar com ele, mas não me vem nada na cabeça que eu poderia dizer que não fosse idiota". Não é preciso dizer que a conversa dos dois não durou muito.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Mesmo a festa estando logo no início, a ansiedade estava tão intensa que se tornou insuportável. Ana resolve sair cedo, mas decide não se despedir de ninguém por ter medo que a achassem antipática por ir embora naquela hora.

No dia seguinte, na sala de aula, o rapaz que foi puxar conversa com Ana e as outras colegas estavam falando sobre a festa. No meio do papo, surge o assunto: "Eu pensei que aquela Ana fosse só um pouco mais na dela, mas eu fui puxar assunto e ela ficou se fazendo. Ela é antipática mesmo". Prontamente, uma das meninas complementa: "é verdade, eu tive exatamente a mesma impressão. Ela é tão arrogante que nem nos cumprimentou quando chegou na festa". Uma outra colega complementa "e ela não foi nem capaz de dar um tchau quando foi embora"...

Retomemos agora os comportamentos de segurança que efetivamente levam os fóbicos sociais não se defrontarem com as situações de exposição. As conseqüências que eles trazem podem ser compreendidas em termos de seus efeitos a curto prazo e a médio e longo prazos. Quando o sujeito simplesmente furta-se da exposição (p. ex.: não vai à aula quando deve apresentar um trabalho, pede que um colega de equipe que fale na reunião sobre o projeto que estão desenvolvendo), o impacto de curto prazo é imediato e extremamente recompensador: há uma significativa redução da ansiedade. Todavia, os efeitos prejudiciais de condutas como essa não são sentidos imediatamente, mas sim no longo prazo. Quanto mais o indivíduo evita se expor, menos chances ele tem de perceber que seus medos e crenças são em grande parte irracionais. Adicionalmente, os comportamentos de segurança perpetuam a Fobia Social na medida em que o sujeito só conhece uma forma de reduzir a ansiedade: esquivar-se da situação. Por fim, sem interagir com outros, faltam oportunidades para desenvolver importantes habilidades de interação social (o que lhe dá reais motivos para acreditar em suas crenças de inadequação).

O quadro 3 resume os efeitos adversos provocados pelos comportamentos de segurança

- Dificultam o desenvolvimento de habilidades sociais
- Impedem uma avaliação realística das crenças disfuncionais
- Resultam em evidências a favor das crenças disfuncionais
- Provocam os sintomas temidos
- Transmitem uma imagem negativa da pessoa
- Prejudicam o desempenho em público

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Quadro 12.1. conseqüências indesejáveis provocadas pelos comportamentos de segurança

Terapia Cognitiva ou Terapia Cognitivo-Comportamental?

Para finalizar o capítulo, algumas palavras sobre o termo Terapia Cognitiva. É possível que você já tenha lido ou ouvido falar em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e, neste caso, pode estar se perguntando se é o mesmo que Terapia Cognitiva (TC). Essa é uma discussão ampla, que foge do escopo do presente livro. Contudo, vale assinalar que, via de regra, são nomes intercambiáveis. A razão de se incluir o termo "comportamental" no nome deve-se ao fato de que, em diversas situações, não é possível mudar direta e significativamente o pensamento da pessoa. Assim, os terapeutas utilizam determinadas técnicas de modificação do comportamento para alterar atitudes disfuncionais que seus pacientes apresentem. Uma vez que alcançam esse objetivo, a mudança no pensamento fica facilitada.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

13. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental: fases do tratamento

De maneira didática, o processo de psicoterapia na abordagem cognitivo-comportamental pode ser dividido em três grandes etapas: sessões iniciais, intermediárias e finais. Esta é uma divisão didática, uma vez que não há uma separação rígida entre as etapas – são apenas diferentes momentos de um processo terapêutico contínuo, cada qual com seus objetivos específicos.

Em linhas gerais, o tratamento funciona assim: inicialmente, é realizado o diagnóstico e identificados os padrões de comportamento e de pensamento responsáveis pela manutenção dos sintomas. Concluída essa etapa, paciente e terapeuta trabalham conjuntamente para modificar os comportamentos de segurança (comportamentos evitativos) e reestruturar a maneira disfuncional do paciente encarar as situações sociais (distorções cognitivas). Por fim, antes da pessoa receber alta do tratamento, aborda-se a **prevenção à recaída**, ou seja, discutem-se estratégias concretas a serem colocadas em prática caso os sintomas voltem a aparecer. Um resumo destas etapas pode ser visto na figura 13.1, antes de passarmos para uma descrição mais detalhada de cada uma.

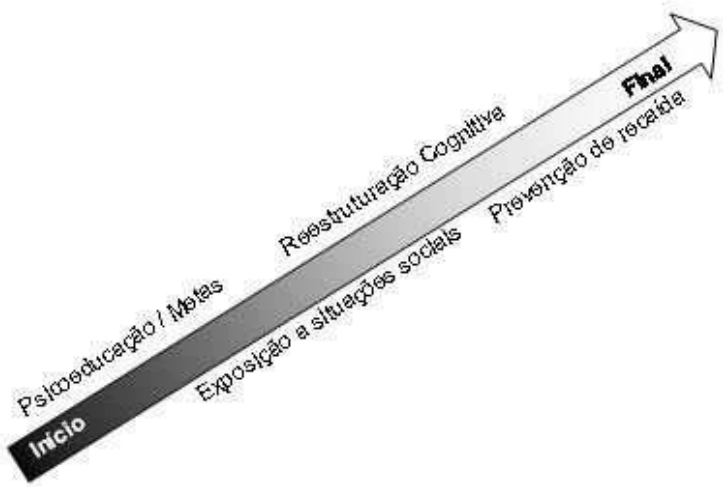


Figura 13.1 – Etapas da terapia cognitiva

Sessões iniciais

Nos capítulos anteriores, vimos que a origem (etiologia) da Fobia Social está relacionada a fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Vimos também que a manutenção desse transtorno é provocada principalmente pelos comportamentos de segurança e por certos

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

padrões disfuncionais de pensamento. Para vencer a Fobia Social, é preciso atuar fundamentalmente nesses últimos dois aspectos. Em outras palavras, o cerne do tratamento da ansiedade social envolve uma combinação de dois elementos: (1) exposição a situações sociais e (2) mudança na forma disfuncional de pensar. Contudo, tais elementos não serão focados imediatamente, mas sim nas sessões intermediárias. Antes que estas estratégias possam ser implementadas, existem alguns caminhos a serem percorridos, e as sessões iniciais propõem-se justamente a isso: preparar o paciente para o processo de mudança.

Para que o processo de exposição às situações sociais temidas e de mudança dos pensamentos disfuncionais possa ocorrer, o terapeuta começa a "preparar o terreno". Assim, nas primeiras sessões, após realizar o diagnóstico, o terapeuta cognitivo trabalha com seu paciente a **psicoeducação**. A psicoeducação refere-se ao processo através do qual o terapeuta ensina ao paciente os aspectos-chave para o bom andamento da terapia. Em essência, a psicoeducação para o tratamento da Fobia Social inclui três pontos centrais: 1) o que é a fobia social, 2) quais mecanismos comportamentais e distorções de pensamento que mantém esse transtorno e 3) como funciona o tratamento na abordagem cognitivo-comportamental.

A psicoeducação não possui apenas um caráter educativo. Por meio dela, o terapeuta vai estimulando seu paciente, desde o início, a entrar no "espírito" da terapia cognitiva. Este "espírito" é o de uma abordagem caracterizada pela relação colaborativa entre duas pessoas, na busca de metas conjuntamente construídas. Em outras palavras, o paciente vai se familiarizando com a atmosfera de cooperação da terapia cognitiva na medida em que trabalha em equipe, com seu terapeuta, no reconhecimento de seu próprio funcionamento e de suas distorções cognitivas.

É bastante comum que o paciente sinta-se bastante aliviado nas sessões de psicoeducação. A razão deste alívio se dá por diversos fatores: 1) a pessoa reconhece que ela não é anormal, mas sim possuidora de um distúrbio bem conhecido, chamado fobia social, 2) as explicações que recebe sobre as causas seus medos fazem muito sentido, de modo que a pessoa sente-se com mais poder para enfrentá-los e 3) as informações que lhe são dadas sobre as perspectivas de melhora são bastante animadoras.

Nas sessões iniciais, além de ser realizada a psicoeducação, é abordado um ponto crucial para o sucesso da terapia: o estabelecimento de metas terapêuticas. Para entender melhor a importância da determinação das metas da terapia, considere o seguinte trecho do livro Alice no País das Maravilhas:

"Um dia, Alice chegou a uma encruzilhada do caminho e viu um gato Cheshire numa árvore.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

- Qual dos caminhos devo pegar? – perguntou

A resposta do gato foi outra pergunta:

- Aonde você quer ir?

- Não sei – respondeu Alice.

- Então não tem importância – retrucou o gato" (Lewis Carroll, Alice no País das Maravilhas)

A passagem acima evidencia um princípio subjacente ao caráter focal da Terapia Cognitiva: a escolha dos caminhos que seguiremos é posterior à escolha de onde queremos chegar. Muitos terapeutas cognitivos expressam esse princípio através do ditado: "para o barco que não sabe onde atracar, todos os ventos são desfavoráveis".

Na terapia e na vida, só conseguimos chegar onde queremos se tivermos clareza e foco naquilo que desejamos. Você já parou para pensar porque a maioria das "resoluções" que as pessoas fazem no ano novo nunca chega a se concretizar? Não pretendo aqui dar uma resposta definitiva a esta pergunta, mas tenho um palpite: as resoluções de ano novo não dão certo porque elas são muito amplas e não incluem um plano realístico de execução. Em outras palavras, não levamos a cabo nossas promessas de reveillon porque elas não nos sinalizam, no cotidiano (que é quando a vida acontece), quais comportamentos específicos devemos ter.

Para evitar reproduzir o modelo sabidamente ineficaz das promessas de ano novo, a terapia cognitiva se propõe a elaborar as metas do tratamento elaboradas de maneira específica e concreta. Em outras palavras, o terapeuta cognitivo estimula seu paciente para que, a partir de um trabalho conjunto, elaborem uma lista objetivos tangíveis. Tais objetivos, preferencialmente, devem ser expressos em termos comportamentais, ou seja, devem indicar o que a pessoa deve estar fazendo de diferente para que se considere que o objetivo foi alcançado. Desta forma, objetivos gerais do tipo "quero me entrosar mais" precisam ser especificados em termos mais concretos: "vou ir na festa da turma e pedir uma carona para o fulano".

Dado que a etapa de estabelecer metas é fator determinante do sucesso ou insucesso da terapia, cabe aqui mais uma palavra para que este processo seja realizado de maneira satisfatória: a lista de metas deve incluir objetivos com distintos graus de dificuldade. Traçar metas com diferentes níveis de dificuldade é crucial para a adequada implementação das técnicas de exposição, as quais são colocadas em prática nas sessões intermediárias.

Sessões Intermediárias

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Via de regra, não temos escapatória para vencermos um medo: é preciso enfrentá-lo. Os medos levam ao comportamento de esquiva, o qual impede que a pessoa enfrente seus temores irracionais. Sem encará-los, não é possível perceber que eles geralmente não têm cabimento. Contudo, como vimos na descrição da Fobia Social, quando a pessoa enfrenta uma situação de exposição, isso é feito com sofrimento. Seria então correto pensar que o componente de exposição do tratamento da Fobia Social trará sofrimento ao paciente?

Em parte, isso é verdade. Mas, como diz o ditado americano, "*no pain, no gain*" (algo como "sem dor, sem ganhos"). A boa notícia é que os psicólogos criaram uma estratégia para minimizar o sofrimento decorrente da exposição. O nome dessa estratégia é **dessensibilização sistemática**. O princípio é bem simples, mas poderoso e eficaz. A lógica é a seguinte: estabelecer uma hierarquia de situações de acordo com o grau de ansiedade que elas produzem. Para determinar o grau de ansiedade provocado por cada situação, pode-se utilizar uma simples escala de 0 a 10, sendo 0 para aquela que praticamente não produz ansiedade e 10 para a circunstância que gera a ansiedade mais perturbadora possível.

O quadro 13.1 mostra um exemplo de uma lista desenvolvida por um paciente com Transtorno de Ansiedade Social.

Situação	**Ansiedade**
Apresentar um trabalho na frente da turma	10
Dançar em uma festa	9
Puxar assunto com uma colega que tenho interesse	8
Ir a uma festa com os colegas de turma	7
Fazer uma pergunta em sala de aula	6
Pedir material emprestado a um colega	5
Almoço junto com os amigos do meu pai	4
Visitar minha avó quando outros primos estão lá	3
Visitar minha avó quando está sozinha	2
Vendo TV em casa com a família	1
Em casa, sozinho vendo TV	0

Quadro 13.1. Exemplo de hierarquia de situações sociais segundo a ansiedade que geram

Uma vez desenvolvida a lista, inicia-se o processo de exposição, começando pela situação menos ansiogênica e progressivamente avançando para as seguintes, até chegar à

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

última. Um ponto importante: a passagem para o nível seguinte na hierarquia só deve ocorrer após o nível anterior já não ser mais gerador de uma ansiedade significativa. A pessoa deve permanecer em cada nível até que aquela situação seja facilmente suportável.

Mesmo a exposição sendo feita de maneira gradativa, algumas pessoas têm dificuldade para suportar a ansiedade decorrente. Nestes casos, vale a pena ter em mente o seguinte: da mesma forma que o comportamento evitativo tem diferentes efeitos a curto prazo (redução imediata da ansiedade) e a médio e longo prazos (déficits nas habilidades sociais e perpetuação do transtorno), o processo de exposição também apresenta diferentes conseqüências ao longo do tempo. No curto prazo, a exposição pode exacerbar a ansiedade. Entretanto, a elevação da ansiedade é temporária, tendendo a limitar-se aos primeiros momentos do processo de exposição. Quando a exposição é feita de maneira sistemática, ocorre um fenômeno chamado de habituação. De maneira simples, a habituação ocorre quando um estímulo deixa de parecer ameaçador quando nós sistematicamente entramos em contato com ele.

Desta forma, *durante o processo de exposição, concentre suas energias em um pensamento voltado para os benefícios de longo prazo, pois isso ajudará a enfrentar a ansiedade de curto prazo*. Se mesmo assim o enfrentamento da ansiedade for sofrível demais, uma abordagem medicamentosa (descrita na seção seguinte deste capítulo) deve ser considerada.

Para a infelicidade de alguns fóbicos sociais, o processo de exposição eventualmente acaba atraindo os olhares dos outros. As pessoas ao seu redor até podem começar a prestar mais atenção em você ao perceberem os primeiros sinais de sua mudança. Mas isso não quer dizer que tenha algo errado. Elas apenas não estão acostumadas com essa sua nova forma de agir. Com o passar do tempo e a estabilidade das suas novas atitudes, as pessoas vão se habituar com seu novo jeito e talvez nem se lembrem de como você era antes. É preciso agüentar firme nesses primeiros momentos! Em alguns casos mais extremos, os familiares podem inclusive não gostar dos resultados do tratamento. Isso em função de que estavam acostumados com uma pessoa submissa e subserviente, e agora tem que lidar com alguém que se manifesta seus desejos e se posiciona frente aquilo que não gosta.

Embora a exposição seja um componente central do tratamento, ela, por si só, pode não ser suficiente para a superação da Fobia Social. Para que a melhora seja efetiva, é preciso que a exposição seja acompanhada por uma mudança nos padrões cognitivos. Os terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam o termo "**reestruturação cognitiva**" para referirem-se ao processo no qual as crenças e pensamentos disfuncionais do paciente são substituídos por

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

outros mais funcionais. Mas esse não é uma via de mão única, em que o terapeuta simplesmente implanta as novas crenças no paciente. A reestruturação cognitiva é um trabalho em equipe, no qual paciente e terapeuta cooperam para encontrar uma forma mais realística e adaptativa de pensar.

Para obter uma reestruturação cognitiva, os terapeutas utilizam uma ampla gama de técnicas, as quais têm como objetivo comum minar as cognições desadaptativas da pessoa e construir outras em seu lugar. Talvez a técnica que melhor represente o espírito da reestruturação cognitiva seja o **questionamento de evidências**. Através dessa técnica, paciente e terapeuta identificam uma crença disfuncional e passam a examiná-la em detalhes, buscando por evidências a favor e evidências contra. É um processo relativamente simples, mas bastante poderoso. A sua lógica de funcionamento é sintetizada no quadro 13.2.

Crença	**Evidências a favor**	**Evidências contra**

Quadro 13.2. Lógica do funcionamento da técnica de questionamento de evidências

No caso da Fobia Social, as principais crenças a serem atacadas são aquelas que estão na base da ansiedade social. Conforme apontado no capítulo 6, são muito comuns as crenças: "tenho sempre que agradar a todos", "serei humilhado se cometer qualquer erro", "é terrível ser rejeitado", "as pessoas são críticas e depreciadoras", "sou indesejável" e "sou inadequado". Portanto, se você identificou alguma destas crenças, faça uma análise objetiva das evidências, e abandone aquelas que não tem sustentação e substitua-as por aquelas que possuem suporte! Se esse processo lhe parecer banal, procure olhar a situação da seguinte maneira: você andaria numa montanha russa se não houvesse sólidas evidências de que ela é segura? Por que então deixar sua vida ser guiada por crenças que não encontram suporte em dados de realidade?

É claro que não podemos negar que algumas crenças comumente encontradas na fobia social possuem um fundo de verdade. Por exemplo, a crença de que os outros são críticos e depreciadores pode ser verdadeira para muitas pessoas. Nem mesmo a poliana negaria que o mundo está repleto de pessoas extremamente críticas e intolerantes a erros! Isso deve fazer com que desistamos do processo de análise de evidências? Absolutamente não.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Suponha que você esteja fazendo um curso qualquer, em que a nota final será dada a partir da apresentação de um trabalho para turma. Embora seja sofrível, você resolve enfrentar essa situação, e prepara uma apresentação. Quando o professor lhe chama para frente, em função da ansiedade, você começa a gaguejar e falar baixo, o que torna a exposição pouco atraente para seus colegas e para o professor. O professor visivelmente não gosta do seu desempenho, e prefere se abster de quaisquer comentários. Para piorar a situação, você escuta, na saída, algumas colegas comentando sobre o seu trabalho: "nossa, aquela guria é muito burra – nem ela entendeu o que estava falando!"

Essa situação fornece evidências que dão sustentação à crença de que os outros são críticos e depreciadores? Certamente. Disso decorre que o uso da análise de evidências seria prejudicial nessa circunstância? Não mesmo. Nesse caso, em que os dados apóiam uma crença disfuncional, o processo de análise de evidências deve ir além: "quais evidências eu possuo de que essa análise negativa dos outros será prejudicial para mim"? "Se houver indícios de prejuízos vindouros (p. ex.: o professor não me recomendaria para uma oportunidade profissional, as colegas não me convidariam para um trabalho em grupo), estes serão significativos ao ponto de eu não conseguir contorná-los"?

Sessões Finais

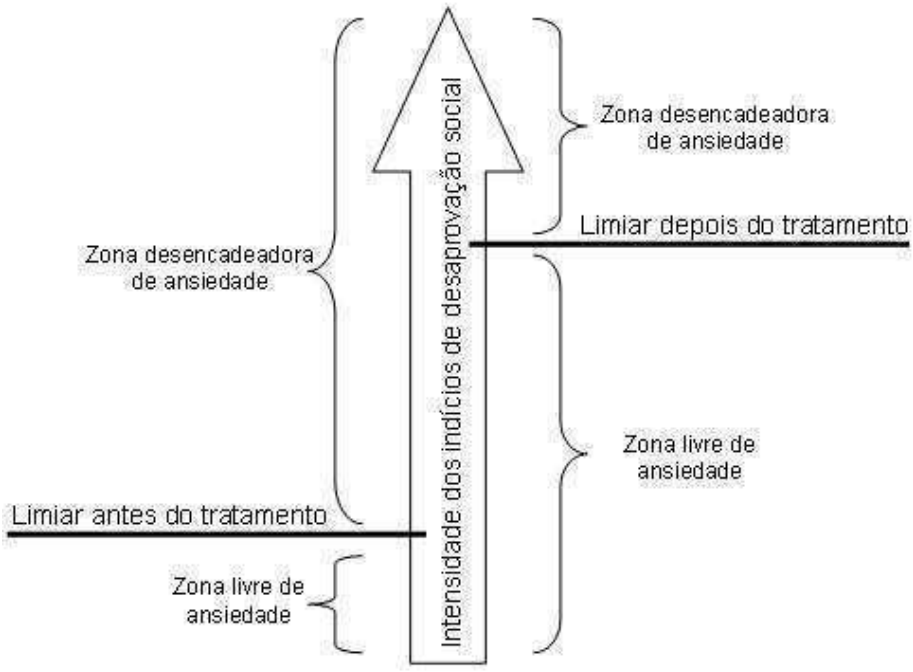
O tratamento entra na fase final quando o paciente conseguiu se expor às situações especificadas na dessensibilização sistemática e passou a operar com um novo conjunto de crenças, mais realísticas e adaptativas. Via de regra, a chegada desse momento na terapia é acompanhada por uma diminuição da freqüência das sessões. Os encontros, que antes ocorriam semanalmente, passam a ser progressivamente mais espaçados: quinzenais, mensais e assim por diante.

A última etapa da terapia é um momento de consolidação dos ganhos. Em outras palavras, paciente e terapeuta fazem um retrospecto de toda caminhada realizada até então, identificando as principais estratégias que se mostraram úteis no processo de mudança. Tais estratégias são então capitalizadas, de modo que possam ser colocadas em prática em qualquer momento do futuro. Esse momento de consolidação dos ganhos, associado ao espaçamento progressivo das sessões, é essencial para que se possa cumprir um objetivo geral da terapia cognitiva: fazer com que o paciente se torne seu próprio terapeuta. O terapeuta salienta a importância do papel ativo desempenhado pelo paciente, sem o qual seria inviável qualquer progresso.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Nas sessões finais também é retomada a psicoeducação. Por meio dela, o terapeuta aborda novamente a questão do funcionamento da ansiedade. Mais especificamente, retoma a idéia de que a ansiedade é uma reação normal e esperada do ser humano, de modo que não se deve esperar do tratamento uma aniquilação completa desta emoção. Nesse sentido, o paciente é instruído de que ele pode voltar a sentir uma elevação da ansiedade em situações sociais significativas. Quando tal deslize acontecer, contudo, ele não deve ser interpretado como um fracasso do tratamento, mas sim como um sinal de que as estratégias anteriormente utilizadas com sucesso precisam ser novamente postas em prática.

Para auxiliar neste aspecto da psicoeducação, os terapeutas freqüentemente explicam o conceito de **limiar de ansiedade**. Genericamente falando, limiar é um ponto a partir do qual um determinado fenômeno ou efeito começa a manifestar-se. No caso do limiar de ansiedade, trata-se da intensidade de uma situação necessária para desencadear uma resposta de ansiedade. Assim, um indivíduo com fobial social possui um limiar de ansiedade muito baixo para sinais de reprovação em situações sociais: um mínimo indício de desaprovação já é suficiente para despertar uma intensa reação de ansiedade. Com o tratamento, este limiar vai progressivamente aumentando, até o ponto em que apenas situações de rechaço declarado desencadeiam ansiedade. A figura 13.2 faz um comparativo do limiar de ansiedade antes e depois do tratamento.



Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Figura 13.2 – Limiar de ativação de ansiedade antes e depois do tratamento

Mas atenção: o aumento do limiar de ansiedade não implica em não mais sentir ansiedade. Da mesma forma, a elevação do limiar durante o tratamento não é garantia de que ele não possa diminuir com o passar do tempo, o que implicaria na volta dos sintomas de fobia social. Nesse sentido, nas sessões finais, o terapeuta trabalha com seu paciente técnicas para manter elevado o limiar de ansiedade, tornando improvável a reincidência dos sintomas. Possivelmente a técnica mais empregada seja a de **manutenção da exposição**. Por meio desta técnica, o terapeuta estimula seu paciente a continuar com o processo de exposição iniciado nas sessões intermediárias, mesmo que o indivíduo não tenha uma necessidade concreta imediata. Com essa exposição continuada, o limiar de ansiedade mantém-se num nível ótimo.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

14. Existem remédios que podem ajudar?

Como vimos anteriormente, a fobia social é fruto de complexas interações entre diversos fatores, tais como biológicos, psicológicos e comportamentais. Desta forma, uma intervenção terapêutica, além de agir no nível comportamental (exposição a situações sociais) e cognitivo (questionamento e mudança de pensamentos e crenças disfuncionais), pode atuar também em nível biológico. Conforme indicamos nos capítulos anteriores, a pessoa que sofre de ansiedade de desempenho tem uma descarga de adrenalina no momento da exposição, a qual gera uma série de reações fisiológicas indesejáveis, como taquicardia, tremores e sudorese. Quando isso ocorre, a pessoa passa a focar sua atenção nessas reações, o que aumenta a ansiedade e intensifica os sintomas, criando um círculo vicioso. Nesse sentido, seria muito interessante que se pudesse bloquear os efeitos provocados pela adrenalina, pois isso quebraria o círculo vicioso, uma vez que não haveriam sintomas para o fóbico social prestar atenção.

A boa notícia é que é possível impedir a ação da adrenalina, e isso é conseguido com a utilização de medicamentos chamados **beta-bloqueadores**. O que essas medicações fazem é "entupir" os receptores de adrenalina, inibindo sua ação. É como se tapássemos os buracos de um telhado em um dia de chuva: está cheio de água lá fora, mas ela não entra. O que é interessante sobre a ação dos beta-bloqueadores é que eles não retiram a experiência subjetiva da ansiedade, eles apenas reduzem os efeitos periféricos provocados pela adrenalina, como a taquicardia e a sudorese. Desta feita, a pessoa que toma um beta-bloqueador antes de uma apresentação não fica mais calma. Ela apenas não sente seu corpo "a mil" e não fica focando nele, o que lhe libera os recursos mentais para coisas mais interessantes, tais como olhar para platéia e falar com fluidez.

Mas atenção, não use beta-bloqueadores sem orientação médica! Em primeiro lugar, eles costumam trazer benefícios apenas para as pessoas com Fobia Social do tipo circunscrito, o que exige diagnóstico feito por profissional especializado. Além disso, estes fármacos podem induzir à depressão e à hipotensão arterial se utilizados sem o devido acompanhamento. Por fim, não é aconselhável usar os beta-bloqueadores por tempo indeterminado. Por isso, eles devem ser entendidos como coadjuvantes no início do processo de reestruturação cognitiva, o qual pode ser utilizado indefinidamente.

Outras medicações que fazem parte do arsenal de combate à Fobia Social são os **antidepressivos**. Embora o nome seja sugestivo de que são utilizados apenas para casos de depressão, os antidepressivos são muito eficazes no tratamento de diversos quadros de

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

ansiedade, incluindo a Fobia Social. Os antidepressivos podem ser classificados em diferentes tipos, dependendo do seu mecanismo de ação. Independente de seu mecanismo de ação, o que todos têm em comum é que eles exercem seus efeitos terapêuticos aumentando a disponibilidade de **neurotransmissores** em nosso cérebro. Como o próprio nome sugere, os neutrotransmissores são substâncias responsáveis pela transmissão de informações entre os nossos neurônios. Entre outras coisas, os neurotransmissores regulam nosso estado de alerta e nosso humor. Quando temos uma desregulação dessas substâncias (excesso de umas, falta de outras), podemos experimentar uma piora do humor e/ou aumento da ansiedade.

Um neurotransmissor muito importante na regulação da nossa ansiedade é a serotonina. Conseqüentemente, os antidepressivos que agem sobre esse neurotransmissor são poderosas ferramentas no combate aos quadros ansiosos. Os fármacos que atuam especificamente sobre a serotonina são chamados de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Não faltam evidências de que os ISRS trazem ótimos resultados no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social.

Finalizando a discussão sobre medicamentos, não poderíamos deixar de citar os **benzodiazepínicos**, também conhecidos como ansiolíticos ou calmantes. Essas medicações atuam sobre um neurotransmissor chamado GABA, o qual "desacelera" a transmissão sináptica, produzindo efeitos calmantes, relaxamento, sonolência e sensação de bem-estar. O início de sua ação é praticamente imediato, e seu poder na redução da ansiedade é maior que o dos ISRS. Ao contrário dos beta-bloqueadores, os calmantes acabam com a sensação subjetiva de ansiedade.

Os benzodiazepínicos, contudo, devem ser preferencialmente utilizados apenas em curto prazo e nos casos mais graves, onde há um maior comprometimento. Tendo em vista que essas substâncias provocam dependência e podem causar danos no longo prazo se consumidas cronicamente, sua administração deve ser acompanhada de perto. Adicionalmente, o uso maciço de calmantes pode prejudicar o saudável processo de reestruturação cognitiva, pois o indivíduo precisa sentir alguma ansiedade para se dar conta que é capaz de reduzi-la mudando sua maneira de pensar. Se a ansiedade for quimicamente bloqueada pelo ansiolítico, a reestruturação cognitiva fica dificultada.

Embora qualquer médico credenciado possa receitar antidepressivos e ansiolíticos, é importante que a prescrição e o acompanhamento do uso destas medicações seja feita por um psiquiatra.

Ainda no que concerne à atuação em nível fisiológico, temos que reconhecer que determinadas pessoas, de fato, suam excessivamente, e chamam a atenção por causa disso.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Tecnicamente, elas possuem um quadro chamado **hiperidrose** – uma doença nada grave, caracterizada pela sudorese desenfreada decorrente da hiperestimulação das glândulas sudoríparas (glândulas que produzem o suor). As áreas do corpo comumente mais atingidas são os pés, mãos, axilas, rosto e região genital. Alguns casos de hiperidrose são tão intensos que a pessoa sua mesmo não estando ansiosa e mesmo em dias frios. Em tais situações, o suor excessivo é decorrente da própria constituição genética da pessoa, e não há muito o que fazer em nível medicamentoso ou psicoterápico. Se você sua em demasia, e não melhorou disso após tratamento com profissional qualificado, talvez seja interessante saber que existe uma abordagem mais incisiva, qual seja, a realização de uma cirurgia chamada **simpatectomia**.

A simpatectomia é um procedimento cirúrgico no qual os médicos fazem pequenos furos no tórax do paciente e introduzem instrumentos que irão destruir os nervos que fazem as glândulas sudoríparas trabalharem em demasia. É uma operação que ocorre sob anestesia geral e requer internação hospitalar. Mas mais uma vez, atenção: a simpatectomia é indicada apenas para os casos mais graves, que não responderam a outros tratamentos. Somente um médico cirurgião torácico poderá lhe informar se a cirurgia é indicada para você.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

15. Que melhoras pode-se esperar com o tratamento?

Os profissionais da área da saúde usam o termo **prognóstico** para referirem-se às estimativas sobre a provável evolução de determinado transtorno, bem como às expectativas de melhora que o paciente pode obter a partir dos tratamentos disponíveis. Assim, por exemplo, se dizemos que o transtorno "A" tem um bom prognóstico, isso significa que é esperado que a pessoa possuidora deste distúrbio irá recuperar-se de maneira significativa. Por outro lado, se afirmarmos que o prognóstico desse transtorno é reservado, as expectativas com relação à melhora não são promissoras.

No caso da Fobia Social, os benefícios que uma pessoa obtém de um tratamento dependem de uma série de fatores. Conseqüentemente, é difícil prever como cada um, individualmente, responderá às intervenções terapêuticas, sejam elas farmacológicas, psicoterapêuticas ou uma combinação de ambas. Apesar desta dificuldade em prever o desfecho em cada caso particular, uma coisa é certa: o prognóstico vai ser mais preciso quanto mais preciso for o diagnóstico. Nesse sentido, apenas um profissional da área da saúde mental poderá indicar o prognóstico no seu caso específico.

Dentre os principais fatores que influenciam no prognóstico da fobia social, estão: a presença de outros transtornos associados (comorbidades), o tipo de fobia social (circunscrita ou generalizada), a idade de início, as habilidades sociais e variáveis genéticas. A seguir discutiremos em maiores detalhes o impacto causado por cada um destes fatores na evolução da fobia social. Contudo, você já pode visualizar um breve resumo na tabela 15.1.

Fatores que melhoram o prognóstico	**Fatores que pioram o prognóstico**
Ausência de comorbidades	Presença de comorbidades
Fobia social do tipo circunscrita	Fobia social do tipo generalizada
Boas habilidades sociais	Déficits nas habilidades sociais
Rede de apoio social adequada	Rede de apoio social restrita
Início tardio	Início precoce
Baixa predisposição genética	Alta predisposição genética
Cumprimento do tratamento prescrito	Não cumprimento do tratamento prescrito

Tabela 15.1 – prognóstico da fobia social

Via de regra, a presença de comorbidades piora o prognóstico da Fobia Social. Se o fóbico social tem, por exemplo, uma depressão associada, vai ser mais difícil que ele diminua seus receios de ser avaliado negativamente pelos outros. Isso em função de que, devido à

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

depressão, ele mesmo se vê de maneira extremamente negativa e, conseqüentemente, acredita que os outros o verão da mesma forma. O prognóstico também torna-se mais reservado quando o indivíduo faz um uso abusivo ou é dependente de substâncias psicoativas. A razão disso é simples: a pessoa está acostumada a reduzir sua ansiedade quimicamente. Logo, será mais difícil para ela vencer os seus medos, pois estará sempre "protegida" da ansiedade pelas substâncias psicoativas. Em outras palavras, o indivíduo que usa drogas para enfrentar seus medos não está os enfrentando de verdade. O resultado disso é evidente: os medos permanecem.

O tipo de fobia social também interfere significativamente na resposta ao tratamento. Aqueles com o tipo circunscrito (medo em situações de desempenho) tendem a obter resultados mais pronunciados e mais rapidamente quando comparados aos indivíduos com fobia social generalizada (medo em praticamente todas as situações de interação social). Em outras palavras, o tipo generalizado de fobia social é mais **refratário** ao tratamento que o tipo circunscrito. Essa diferença na resposta ao tratamento pode ser compreendida como uma decorrência das implicações que cada tipo de fobia social traz para vida do indivíduo. É sabido que a fobia social generalizada acarreta em um maior comprometimento no funcionamento da pessoa. Um destes comprometimentos envolve a formação de uma rede de apoio social, ou seja, o indivíduo que sente ansiedade em praticamente todas as situações de interação interpessoal provavelmente terá um círculo de contatos muito mais restrito. Conseqüentemente, haverá maior dificuldade para que a pessoa se exponha a situações sociais temidas, o que atrapalha o processo de superação dos seus medos.

A fobia social do tipo generalizada também é mais refratária ao tratamento na medida em que o contínuo isolamento por ela provocado desfavorece o desenvolvimento de habilidades sociais, tornando muito pequeno o repertório que o indivíduo possui para comportar-se em situações interpessoais. Desnecessário dizer que uma pessoa inapta socialmente corre muito mais chances de ser rechaçada que aquela com boas habilidades sociais. Com isso, infelizmente, as percepções do fóbico social de que ele está sendo avaliado negativamente pelos outros são bastante realísticas, e não distorções.

A idade de início dos sintomas afeta o prognóstico da seguinte maneira: quanto mais cedo tiverem sido desenvolvidas as crenças disfuncionais responsáveis pela ansiedade social, mais elas serão resistentes à mudança. As crenças são como uma espécie de cimento – extremamente flexível e maleável no começo, mas, com o passar do tempo, vai progressivamente se solidificando, até ficar duro como pedra. Além disso, quanto mais antigas as crenças disfuncionais, maior é a chance da pessoa ter acumulado, ao longo de sua

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

história, uma lista quase sem fim de evidências (p.ex.: “brancos”, humilhações, “foras”) que confirmam sistematicamente a validade de tais crenças.

Embora saibamos que algumas pessoas possuem uma constituição genética que as predispõem a desenvolverem a fobia social, não existem ainda tratamentos que atuem nesse nível. Em outras palavras, a ciência de hoje ainda não é capaz de modificar nossos genes que facilitam o surgimento da fobia social. A boa notícia é que, mesmo para aqueles que têm uma predisposição genética, os tratamentos medicamentosos e psicoterápicos melhoram significativamente o prognóstico da fobia social.

Para finalizar esse capítulo sobre as melhoras que se pode esperar com o tratamento, não podemos deixar de apontar uma obviedade, porém de suma importância: o prognóstico depende do comprometimento do paciente com o tratamento! Assim, se o indivíduo adota uma postura passiva, não podemos esperar que obtenha benefícios do tratamento – é preciso um engajamento ativo para que o processo de mudança ocorra.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

16. E se eu tiver Fobia Social, o que devo fazer?

Sem sombra de dúvida, o primeiro passo para vencer qualquer problema é admitir sua existência e os prejuízos que acarreta. É difícil para muitas pessoas aceitar que possuem um diagnóstico psiquiátrico. Afinal de contas, os nomes dos manuais "Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais" e "Classificação Internacional de Doenças" são um tanto quanto assustadores e carregados por um estigma social. Infelizmente, relutar em aceitar um diagnóstico não ajuda em nada a melhorar a situação. Na melhor das hipóteses, não aceitar o diagnóstico manterá o quadro atual, com seus baixos níveis de realização. Um diagnóstico é apenas um nome que se dá a um conjunto de manifestações. É uma forma de olhar para o problema com maior objetividade e proporcionar o tratamento mais adequado. *Ninguém deixa de ser a pessoa que é só por que seus sintomas recebem um nome e uma explicação*. Portanto, se um profissional da área da saúde mental confirmou que você possui o Transtorno de Ansiedade Social, o próximo passo é enfrentá-lo (o transtorno, não o profissional!).

Sem sobra de dúvida, realizar um tratamento com um profissional especializado é a melhor maneira para vencer a fobia social. Conforme vimos nos capítulos anteriores, a sua forma de pensar é determinante na produção da ansiedade social. Conseqüentemente, um tratamento bem sucedido passa por um processo de mudança dos padrões de pensamentos disfuncionais, a qual é chamada de reestruturação cognitiva. Para auxiliar em seu processo de reestruturação cognitiva, tenha em mente os seguintes pontos:

1. As pessoas têm mais o que fazer além de ficar avaliando o seu desempenho

De maneira geral, a cabeça das pessoas está voltada para pensar em coisas que lhe são relevantes. Se ninguém lhe disse isso antes, lamento informar que observar a sua performance não é uma prioridade para a maioria das pessoas

2. Não é à toa que existe o ditado "Não se pode agradar a gregos e troianos"

Não importa o quão fantástico você seja, sempre vai ter alguém que não vai gostar. A boa notícia é que, na esmagadora maioria das vezes, isso não vai fazer nenhuma diferença prática na sua vida. Eu, por exemplo, não vejo nada de mais na Juliana Paez, mas certamente ela não deve estar muito preocupada com essa minha opinião.

3. Você provavelmente não é nenhum astro hollywoodiano para as pessoas ficarem o tempo inteiro prestando atenção em você

Em meio a outras pessoas, você é só mais um. Não existe nenhum motivo para os

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

outros olharem especialmente na sua direção. Se você se acha anormal ao ponto de atrair os holofotes, peça a alguém de confiança para lhe dar uns toques sobre sua aparência (Por outro lado, se você realmente for um astro do cinema, fique sabendo que me sinto muito honrado de você estar lendo este livro que escrevi)

4. Se cada um ficasse constantemente se lembrando e falando sobre cada gafe que já viu alguém cometer, passaria os dias inteiros sem fazer mais nada

O fato de você não conseguir se esquecer das suas gafes não quer dizer que os outros façam o mesmo (ok, existem pessoas que de fato passam os dias inteiros falando dos outros, mas esses fofoqueiros representam uma minoria da população e não merecem a sua preocupação)

5. Você não é o único a sentir ansiedade

Muitos dos seus problemas podem ser decorrentes de você superestimar a própria ansiedade, achando que os outros não a sentem. Você não é menos que ninguém por sentir isso. Sentir ansiedade é normal! Portanto, aceite sua ansiedade, pois não adianta nada brigar com ela.

6. Todos cometem erros

Como diz o ditado, “errar é humano”. Acostume-se com a idéia de errar. Se seu objetivo for nunca errar, você está fadado ao fracasso, pois cedo ou tarde isso vai acontecer. O que você deve sim se preocupar é em aprender com os erros. Como diz o complemento do ditado, “errar é humano, persistir no erro é burrice”.

7. Só por que você pensa algo, não quer dizer que seja verdade

Acostume-se com a idéia: seus pensamentos são apenas hipóteses, não fatos. Mesmo que você acredite piamente neles, isso não diz nada acerca de sua veracidade. Se, por acaso, você tiver algum dom especial de pensar apenas coisas que são verdades absolutas, por favor, envie para mim os próximos números da Mega-Sena.

Além das dicas citadas no quadro acima, você pode contribuir muito com a evolução de seu tratamento se estiver consciente dos aspectos que podem atrapalhar seu progresso. Assim, a seguir será apresentada uma discussão sobre os fatores que comumente dificultam o

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

andamento do tratamento. A estes fatores daremos o nome de armadilhas, uma vez que eles impedem os fóbicos sociais a se livrarem dos círculos viciosos aos quais estão presos.

Insegurança e baixa auto-estima não são as causas dos problemas

Talvez uma das armadilhas mais comuns que dificultam o combate à Fobia Social diz respeito a uma compreensão inadequada de determinadas relações de causa e efeito. Não é raro escutarmos afirmações como "se eu não fosse tão inseguro, eu tentaria conversar com aquela garota que eu acho interessante" ou então "minha auto-estima é tão baixa que eu nem me vejo capaz de ir numa festa". O que estas afirmações tem em comum? Ambas cometem o mesmo erro. Se analisarmos cada uma, veremos que seus pressupostos são essencialmente os mesmos: a insegurança (ou a baixa auto-estima) é a causa da inibição. Em termos teóricos, tais afirmações não são tão problemáticas. Contudo, se levarmos em consideração as implicações que elas trazem, o panorama passa a ser prejudicial.

Vejamos primeiro o caso da insegurança. Se a insegurança for vista como a causa dos problemas, ficamos de mãos atadas, pois ninguém deixa de ser inseguro do nada. Mais uma vez, estamos diante de um círculo vicioso: a insegurança gera um comportamento retraído que não nos traz sucesso algum, e essa falta de sucessos nos torna inseguros. Dito de outra forma, insegurança gera insegurança. Alternativamente, se concebermos a insegurança como uma conseqüência dos nossos padrões comportamentais, daí sim temos uma alternativa. A mudança direta do comportamento está ao nosso alcance; a mudança direta da insegurança não. Conseqüentemente, afirmações de auto-ajuda do tipo "preciso ser mais seguro" ou "vou deixar de ser tão inseguro" raramente trazem resultados efetivos, pois não atuam num importante elo do círculo vicioso, que é o comportamento. Assim, evite cair na armadilha de condicionar seu processo de mudança a uma diminuição da insegurança: aja, mesmo se sentindo inseguro. A insegurança vai diminuir depois que você agir, não antes.

O mesmo princípio da relação causa-conseqüência descrito para a insegurança vale também para auto-estima. A baixa auto-estima não é a causa da pessoa sentir-se desconfortável ou mesmo evitar a exposição social, ela é a conseqüência de repetidos fracassos em tais situações. É praticamente impossível alguém ter uma boa auto-estima se nunca interagiu com outras pessoas de maneira significativa. Se essa maneira de pensar não lhe faz muito sentido, pergunte-se o seguinte: Você conhece alguém que seja um completo fracasso e que tenha uma auto-estima realmente boa?

Curioso, não? Se a auto-estima não dependesse das realizações pessoais, deveria ser relativamente comum encontrarmos pessoas que nunca atingiram seus objetivos mas que

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

possuem uma auto-estima intacta. Diante desta constatação, a recomendação se repete: não fique sentado esperando sua auto-estima se fortalecer para começar uma mudança. Mude seu comportamento estando sua auto-estima do jeito que estiver!

Não admitir os brancos faz com que eles aconteçam

Outra armadilha comum diz respeito aos "brancos". Dado que os brancos (sensação subjetiva de completo esvaziamento da mente) representam um grande tormento aos fóbicos sociais, este fenômeno merece nossa atenção especial. A razão dessa sensação de esvaziamento total da mente reside no fato de que nossa memória não foi feita para armazenarmos os detalhes das informações. Nós até podemos conseguir nos lembrar dos detalhes, mas isso só é possível mediante um grande esforço mental, sem que haja nada interferindo em nosso processo de recordação. Não se esqueça que a ansiedade é uma reação extremamente primitiva do nosso organismo, que ativa as partes importantes do nosso corpo para enfrentar situações de ameaça à nossa sobrevivência. Com essa lógica em mente, fica evidente que a lembrança de detalhes não é uma atividade fundamental quando corremos risco de vida. Conseqüentemente, é razoável esperar que nossa memória para detalhes literais funcione muito mal quando estamos ansiosos.

Embora nossa memória não seja tão boa para guardar detalhes literais, ela funciona muito bem para armazenar a essência dos fatos, inclusive quando nos sentimos ansiosos. Os brancos, então, não são exatamente um esquecimento global. O que acontece é que a pessoa inicialmente não consegue acessar em sua memória todos os detalhes que gostaria, e isso a deixa nervosa. Uma vez que ansiedade se eleva, a pessoa mantém-se numa busca inútil dos detalhes esquecidos, sem ter a flexibilidade para continuar de outra maneira. Devido a essa falta de flexibilidade, a experiência subjetiva é de um branco total, como se fosse apagado tudo aquilo que antes era sabido.

Os capítulos anteriores evidenciaram uma série de paradoxos acerca do funcionamento da Fobia Social. Ironicamente, a abordagem dos brancos também será paradoxal. Para vencer os brancos, a questão não é não tê-los. Seu verdadeiro foco deve ser em continuar sua fala (ou aquilo que estiver fazendo) mesmo que eles aconteçam! Não se obrigue a falar exatamente tudo aquilo que programou. Permita-se esquecer alguns pontos e mantenha-se centrado em transmitir a idéia principal. Não existe uma forma certa ou errada para expressar a essência de um tópico – seja flexível para usar suas próprias palavras.

Quando a agressividade ocupa o lugar da passividade

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Para finalizar a seção sobre as armadilhas, não poderíamos deixar de citar um possível efeito colateral do tratamento da Fobia Social. Na medida em que a pessoa passa a se expor mais e há uma diminuição da ansiedade social, é natural que comece a se posicionar mais diante dos outros, muitas vezes não aceitando coisas que antes aceitava. É como se houvesse muitas coisas "entaladas" na garganta, que passam a sair de forma desenfreada com o tratamento. Alguns pacientes, ao iniciarem o processo de mudança caem na armadilha de pular de um extremo para o outro: passam da passividade para agressividade.

A agressividade, contudo, também é indesejável. Ser agressivo, tanto quanto ser passivo, é uma demonstração de inabilidade social. O objetivo do tratamento deve ser um meio termo entre esses dois extremos, chamado de **assertividade**. Assertividade ocorre quando conseguimos expressar nossos sentimentos, pensamentos e desejos, ao mesmo tempo em que respeitamos a integridade daquele que nos escuta. Dito de outra maneira, a pessoa consegue falar sobre aquilo que lhe é significativo sem fazer o uso de quaisquer métodos de coação ou intimidatórios. A meta do tratamento não é que pessoa simplesmente fale o que lhe vem à mente, mas sim que aprenda a se comunicar de uma maneira efetiva, preservando a harmonia e o bem estar de todos envolvidos.

Para que você consiga chegar até a tão desejada assertividade, convém observar alguns princípios fundamentais. Antes de iniciar a conversa, faça um planejamento daquilo que deve ser dito. Da mesma forma, antes de iniciar a conversa, pense sobre aquilo que não deve ser dito. Planejar-se é uma ferramenta poderosa para reduzir o risco de que tudo vá por água abaixo devido ao "calor" que pode surgir por ocasião da discussão.

Pense em termos de oferecer um feedback corretivo à outra pessoa, e não em termos de fazer uma crítica a ela. Criticar o outro geralmente acaba criando uma atmosfera acusatória. Naturalmente, uma ação de ataque gera uma reação de defesa, e você não quer isso. Você quer promover uma postura de abertura, não de defensividade. Tenha sempre em mente o **princípio da reciprocidade**: seu interlocutor regulará a própria postura de acordo com a sua. Logo, agressividade gerará agressividade. Tranqüilidade e disposição para dialogar gerarão tranqüilidade e disposição para dialogar.

Evite tocar em assuntos delicados em momentos de tensão – prefira as situações nas quais você e seu interlocutor não estejam de cabeça quente. Você não estará "engolindo sapo" por esperar um pouco, até encontrar um momento apropriado para falar sobre coisas que não estão legais para você. Trata-se de adotar um posicionamento mais estratégico para enfrentar efetivamente os problemas. Se você está preocupado com o fato de que deixará de ser "você mesmo" por assumir essa postura mais estratégica, considere dois aspectos. Em primeiro

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

lugar, você não vai deixar de conversar sobre temas importantes, apenas esperará por um bom momento para fazê-lo. Em segundo lugar, pense sobre o que você quer na relação: simplesmente despejar aquilo que passa pela cabeça no momento de tensão ou construir um relacionamento saudável, no qual o diálogo franco e respeitoso tem lugar reservado?

Ao esperar por uma circunstância adequada para colocar seu feedback corretivo, tome cuidado para não cair no outro extremo, o de esperar indefinidamente pelo melhor momento. Não existe "o" melhor momento, mas existem momentos melhores que outros. Desta forma, não fique aguardando pela melhor situação – escolher "um" bom momento já está de ótimo tamanho. Não deixe de falar sobre aquilo que lhe incomoda por medo de colocar um bom momento a perder, pois essa "calmaria" é apenas aparente – cedo ou tarde, o assunto vai voltar à tona. Quando isso acontecer, provavelmente será num péssimo momento. Como diz o ditado "o que não é dito é atuado", ou seja, se você não expressar em palavras os temas que lhe perturbam, seu comportamento se encarregará de fazê-lo.

Para criar uma atmosfera favorável desde o começo, procure iniciar a conversa com uma observação sincera e positiva sobre a outra pessoa. Mas atenção: não finja! Seja verdadeiro na sua colocação daquilo que gosta no seu interlocutor. Se não lhe for possível fazer esse comentário positivo sobre o outro, ou você ainda está com a cabeça muito esquentada para conversar ou essa relação não tem futuro algum (caso você consiga identificar algum motivo pelo qual devemos manter uma relação na qual não somos capazes de fazer sequer uma constatação positiva sobre a outra pessoa – mesmo quando não estamos com os ânimos abalados – por favor, escreva para mim, pois gostaria de saber que motivo é esse).

Ao tocar no ponto "crítico" (depois de ter feito uma observação positiva), evite fazer julgamentos ou juízos de valor sobre a outra pessoa. Palavras como "certo" e "errado" geralmente não são bem vindas nesse momento. Como ninguém é dono da verdade, ninguém está em condições de fazer avaliações absolutas sobre o que é certo ou errado. Além disso, quando você diz que a outra pessoa está errada, você corre um sério risco: ela pode ter argumentos muito consistentes sobre o porque ela considera aquela atitude certa. Se isso acontecer, o objetivo da conversa foi por água abaixo, pois o seu interlocutor não verá uma justificativa razoável para mudar seu comportamento.

Para exemplificar essa questão, considere o caso de Bernardo, um rapaz de 25 anos, fóbico social. Bernardo namora Carla (22 anos), uma garota extremamente crítica. Bernardo gosta bastante da namorada, mas fica muito perturbado quando esta corrige seus pequenos erros de português na frente de outras pessoas. Eis um breve relato de uma situação por ele

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

vivenciada: “era festa de final de ano da empresa – estavam todos os meus colegas e meus chefes. Com muito custo, consegui começar a contar uma história engraçada que tinha acontecido na empresa naquele ano. Numa certa altura da história, eu contei algo mais ou menos do tipo ‘daí o poderoso chefão largou aquela pilha de papel na minha mesa e disse que era para mim terminar antes do meio-dia’. Eu mal terminei a frase a Carla já se meteu no meio: ‘ai amor, quantas vezes eu já te disse – mim não faz nada! era para eu terminar antes do meio-dia’. Na hora eu fiquei p... da cara. Depois, quando fomos embora para casa, eu disse que ela não poderia ter feito aquilo, porque não era certo ela ficar me criticando na frente dos outros. Mas não adiantou nada eu ter expresso a minha incomodação, pois ela bateu pé dizendo que pior é falar errado diante de outros profissionais”

Ao invés de julgar a atitude do outro como certa ou errada, prefira uma descrição dos efeitos que essa atitude tem em você. Quando você coloca a questão dessa forma, reduzem-se as margens para contra-argumentação. Você está pedindo uma mudança no comportamento da outra pessoa pelo simples fato de que aquilo lhe incomoda – e isso é uma poderosa justificativa!

No caso de Bernardo, uma alternativa com maiores chances de sucesso seria a de comentar sobre como ele percebe as correções feitas por Carla, solicitando por mudanças específicas. A abordagem poderia ser mais ou menos assim: “Carla, eu sei o quanto você se preocupa com o meu desenvolvimento profissional, e você tem me ajudado muito na minha carreira. Mas tem vezes que eu acabo ficando sem jeito quando você corrige os meus erros de português na frente dos outros, e assim fica mais difícil para eu mudar esse meu jeito muito fechado de ser. Eu sei que eu falo algumas coisas erradas, e eu prefiro que você me diga isso quando estivermos sós. Daí vou prestar atenção para falar certo da próxima vez”.

Independente de como a outra pessoa reagir, continue com sua postura: mantenha-se calmo, reafirmando o seu (planejado) posicionamento. Não grite ou levante o tom de voz. Exaltar-se é um sinal de fraqueza psicológica. Não caia na ilusão de acreditar que você é mais forte por berrar mais alto. Quando você grita, você perde a razão, por mais que seus argumentos sejam legítimos. Suas palavras só terão credibilidade e serão levadas a sério se você colocá-las de forma clara, com calma e tranqüilidade.

Um resumo dos princípios para desenvolver sua assertividade é apresentado no quadro 16.1

- Planeje-se em relação ao que vai e ao que não vai dizer
- Use a técnica do sanduíche: inicie e termine a conversa num tom positivo, deixando

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

os pontos delicados para o meio

- Evite julgar a outra pessoa como certa ou errada – concentre-se em indicar o efeito que a conduta dela tem em você
- Dirija seus comentários ao comportamento específico do outro, não à sua pessoa
- Solicite mudanças específicas de comportamento
- Utilize o princípio da reciprocidade a seu favor

Quadro 16.1 Princípios fundamentais para o desenvolvimento da assertividade.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

17. E se alguém que eu conheço tiver Fobia Social, o que eu posso fazer para ajudar?

Após ter lido as páginas deste livro que descrevem as características da fobia social, é possível que você tenha reconhecido este quadro em alguém de sua convivência: filho(a), namorado(a), aluno(a), funcionário(a) e assim por diante. Da mesma forma, é possível que você queira ajudar esta pessoa, mas não sabe muito bem como, uma vez que não possui formação na área da saúde mental. A boa notícia é que existem muitas coisas a serem feitas para auxiliar alguém com fobia social a enfrentar esse distúrbio, mesmo que não seja um profissional da área.

A primeira recomendação é a mesma para o paciente e para aqueles que o querem ajudar: procure ajuda especializada. Se a pessoa que você imagina ter fobia social relutar em buscar um profissional, pode ser útil conversar com ela para compreender os motivos de sua resistência e, a partir disto, contorná-los. Assim, caso haja uma resposta negativa diante de uma sugestão sua de procurar ajuda especializada, evite confrontações diretas ou imposições, uma vez que estas estratégias tendem a gerar mais resistência ainda. Antes disso, questione a pessoa sobre o porque de sua relutância, pois o conhecimento destas motivações lhe indicará quais caminhos seguir para que ela reveja seu posicionamento. Na tabela 17.1 são apresentados os principais fatores que levam as pessoas a não querer procurar tratamento, bem como sugestões sobre como abordá-los.

Motivação para não querer buscar ajuda	**Estratégia de abordagem**
"Quem vai a psicólogos e psiquiatras são loucos e eu não sou louco. Logo, não vou"	"Psicólogos e psiquiatras são profissionais que ajudam as pessoas a enfrentar seus problemas. Só loucos tem problemas?"
"Não tenho transtorno nenhum – só tenho o mesmo 'jeitão' do meu pai"	"Esse 'jeitão' do seu pai não traz problemas para ele? Você vai deixar de melhorar destas dificuldades só porque ele as têm até hoje?"
"Que fobia social que nada. Só sou um pouco tímido, nada de mais"	"Realmente pode ser isso mesmo. Por que não então procurar um profissional especializado para confirmar isso?"
"Eu sei que eu não deveria ser assim. Só preciso um pouco mais de força de vontade para deixar essas besteiras de lado"	"Você tem vontade de melhorar? Sim? Então não me parece que a força de vontade seja o problema. Quem sabe você procura um profissional para se certificar de que não tem

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

	nada que você possa fazer além de ter mais força de vontade?”

Tabela 17.1 – Motivações para não buscar tratamento e estratégias para contorná-las

Além de dar um “empurrãozinho” para a pessoa procurar tratamento especializado, existem pequenas coisas que você pode fazer no dia a dia para ajudá-la. Um aspecto central é não diminuir ou desqualificar seus medos, por mais irracionais que pareçam ser. Comentários do tipo “deixa de ser trouxa, não tem ninguém te olhando” geralmente só servem para deixar que o fóbico social se sinta cada vez mais impotente diante de seus medos.

Ao invés de depreciar os medos irracionais da pessoa, procure adotar uma postura de suporte e de estímulo. Mostre a ela que seus temores são legítimos, mas que você estará ao seu lado para enfrentá-los. Por exemplo, suponha que seu namorado não queira ir na festa de final de ano de sua empresa em função de que conhece ninguém e tem certeza que vai se sentir deslocado, já que não trabalha na área e não terá assunto para conversar. Diante dessa situação, você poderia enfatizar que gostaria muito da presença dele na festa. Além disso, poderia se comprometer (e cumprir) a não deixá-lo “sozinho”, a menos que tivesse se certificado de que ele estava entrosado com outros convidados. Na hora do encontro, seria de grande valia procurar mudar de assunto nas conversas caso estas pendessem para temas ligados estritamente a questões da empresa, evitando, assim, que se concretizassem seus medos de se sentir deslocado.

A postura de suporte e estímulo também deve ser mantida diante das recomendações realizadas pelo profissional responsável pelo tratamento de seu conhecido / familiar. Pode ocorrer, por exemplo, que a pessoa receba “tarefas de casa” da terapia, as quais podem conflitar com suas vontades e/ou planejamentos. Suponha que seu filho adolescente receba, como tarefa de casa, ir na festa de final de ano do colégio e se comprometer a dar carona de volta para um colega, algo que ele nunca fez antes. Isso implica que você terá que acordar no meio da madrugada para pegá-lo na festa e ainda levar seu colega em casa. É perfeitamente possível que seu plano para aquela noite seria o de ter uma noite de sono tranqüila, com seu filho dormindo em segurança no quarto ao lado. Contudo, se você estiver realmente disposto a ajudá-lo a enfrentar a fobia social, será necessário mudar sua rotina para oferecer apoio ao processo de exposição.

Além da disponibilidade para participar das tarefas de casa advindas da psicoterapia, pode ser necessária disposição para aceitar um tratamento farmacológico quando indicado. Não são apenas os pacientes com fobia social que podem ter preconceitos quanto ao uso de

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

medicação – familiares, amigos e colegas não estão livres de terem uma visão negativa em relação a este tipo de tratamento. Independente de quem possui as restrições quanto ao uso de psicofármacos, o efeito é praticamente o mesmo: o paciente acaba não recebendo o melhor tratamento disponível. Assim, ao buscar tratamento especializado, procure um profissional de sua confiança, de modo que você, e aquele a quem você quer ajudar, sintam-se a vontade para seguir as prescrições que lhes forem dadas.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

18. Mitos e Verdades

Mito: "relacionar-se bem com as outras pessoas é um dom que nasce com você"

Verdade: No capítulo sobre as origens da fobia social, vimos que alguns indivíduos possuem uma maior predisposição genética para desenvolver esse transtorno. Isso é muito diferente de dizer que tais pessoas vão ter fobia social, afinal de contas genética não é o mesmo que destino. Nosso jeito de ser, tanto no que refere aos pontos fortes quanto aos pontos fracos, é um produto da interação entre nossa genética e nossas aprendizagens ao longo da vida. Portanto, não adianta colocar a culpa na genética – ela apenas influencia nas características que você desenvolve. Ninguém nasce com a sina de ser um fóbico social.

Mito: "mas eu realmente posso ter problemas sérios se não for aprovado pelos outros"

Verdade: De fato existem uma série de situações nas quais é importante que você seja "aprovado" pelas pessoas. Numa entrevista de seleção de emprego, por exemplo, será realmente um problema se o entrevistador não "aprovar" você. Contudo, esse tipo de situação é relativamente raro se levarmos em consideração todas as outras nas quais interagimos com nossos semelhantes. Na maioria das situações, a "desaprovação" dos outros não vai fazer nenhuma diferença significativa na sua vida, da mesma forma que sua desaprovação dos outros não vai influenciar em nada na vida deles.

Suponha que você evite almoçar em restaurantes de buffet por temer que sua demora ao se servir irá importunar aqueles atrás de você na fila. Você evita tais situações por não querer que as outras pessoas façam uma avaliação negativa a seu respeito. Agora, inverta a situação. Imagine que você está esperando para se servir e logo na sua frente tenha uma pessoa trancando toda fila. Suponha que você pense que aquela pessoa que demora no buffet é uma idiota. Que diferença isso faz na vida dela? Você procura descobrir a sua identidade e sai espalhando aos sete ventos que ela é uma idiota que demora para servir-se nos restaurantes? Você manda imprimir cartazes com a foto dela e os cola em todos os postes da cidade?

Além do fato de que, em muitas situações, não faz diferença que sejamos desaprovados pelos outros, existe outro ponto a ser considerado: se você estiver em uma relação na qual você seja veementemente reprovado por não atender certa expectativa, isso é sinal de que há algo de errado com a relação. Se, por exemplo, você for reprovado por um amigo pelo fato de não estar vestido com as roupas "da hora", você deve repensar seriamente essa amizade.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Mito: “O fóbico social é aquele que, no fundo, quer ser o centro das atenções”

Verdade: Se o fóbico social realmente quisesse ser o centro das atenções, ele não sentiria tanto alívio ao término das exposições e não investiria tanta energia nos comportamentos de segurança. Muito do sofrimento experenciado pelo fóbico social decorre do seu desejo e, ao mesmo tempo, percepção de impossibilidade de vincular-se com outros ser positivamente avaliado por estes. Até aí tudo bem, afinal de contas estamos falando na natureza humana. Contudo, o desejo por vínculos e avaliações positivas não deve ser confundido com querer ser o centro das atenções.

Certamente algumas pessoas “se fazem” de tímidas para chamar a atenção dos outros. Entretanto, se observarmos atentamente os padrões de comportamento dessas pessoas, veremos que essa “timidez” não é uma característica estável, que se mantém em diferentes situações. Antes disso, trata-se de uma estratégia para que os holofotes virem-se para si. Uma vez que isso aconteça, a pessoa sente-se confortável por ser o centro das atenções, algo que não ocorre com aqueles com fobia social.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

19. Depoimentos de pessoas com Fobia Social

Márcia, 22 anos, estudante de direito: “eu sempre fui uma pessoa que se deu bem nos estudos. No colégio, eu era aquela que sentava na primeira classe e prestava atenção em tudo que a professora dizia. Minhas notas eram quase sempre as mais altas da turma, e as professoras seguidamente diziam aos ‘maus alunos’ que eles deveriam seguir o meu exemplo. Eu odiava isso, pois na hora do recreio o ‘pessoal do fundão’ vinha tirar sarro da minha cara. Ficavam dizendo que eu era ‘quatro-olho’ e gorda, e que eu tinha mais era que estudar mesmo, porque eu ia ser encalhada pelo resto da vida. A minha vontade era de pedir para as professoras não me usarem mais de exemplo, mas eu simplesmente não conseguia, devido ao meu medo de que elas ficassem magoadas comigo. Como nunca fui de sair com amigas ou fazer festa, consegui me preparar muito bem para passar no vestibular, quando ainda estava no terceiro ano do ensino médio. Entrei bem colocada na faculdade de direito, e meu desempenho acadêmico continuou sendo muito bom. Formei algumas poucas amizades, principalmente com aquelas colegas que gostavam de se ‘encarnar’ nos estudos como eu. Até meados da faculdade as coisas andavam relativamente bem. Contudo, comecei a me dar conta que meu jeito tímido e introvertido impediria que eu realizasse meu maior sonho: ser promotora de justiça. Isso se tornou mais evidente quando iniciaram as disciplinas que incluíam a prática em tribuna. Para mim, era quase como se eu tivesse uma limitação física para desempenhar aquele papel. Quando percebi o quanto aquele meu jeito atrapalharia meus planos futuros, entrei em desespero. O ápice aconteceu quando tinha uma aula marcada para fazer uma simulação de audiência. Eu absolutamente não consegui dormir na noite anterior e, no dia da simulação, liguei para minhas colegas avisando que estava doente e que não poderia ir. Foi então que resolvi abrir para meus pais o quanto aquelas dificuldades estavam me atrapalhando. Meu pai ficou extremamente preocupado, sugerindo que eu deveria procurar ajuda profissional. Assim, pediu uma indicação para um colega de trabalho que, em certa ocasião, comentou ter feito terapia e que ficou muito satisfeito com os resultados. Solicitei que meu pai ligasse e marcasse a primeira consulta para mim, e ele assim o fez. Quando fui chamada para entrar na sala de atendimento, eu estava muito ansiosa. Essa ansiedade inicial foi progressivamente diminuindo, na medida em que o psicólogo fazia perguntas sobre exatamente aquilo que eu sentia. Eu me lembro que naquele dia eu senti o maior alívio da minha vida, no momento em que meu terapeuta colocou que eu tinha um quadro chamado fobia social e que a sua abordagem de trabalho (terapia cognitiva) possuía ótimos resultados no tratamento de casos como o meu. Ele também explicou como a minha maneira distorcida

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

de pensar produzia os meus sintomas, e me deu uma idéia de como a terapia iria corrigir estas distorções. Bom, para resumir, posso dizer que hoje, depois de 6 meses de tratamento, não me vejo mais com aquelas limitações que me impossibilitariam de tornar-me uma promotora de justiça"!

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

20. Para quem quiser saber mais

Caso seu interesse seja no funcionamento da memória, uma excelente bibliografia é o livro "os sete pecados da memória", de Daniel Schacter. No capítulo sobre o pecado do bloqueio, você encontrará mais informações sobre os brancos.

Se você quiser ler mais sobre a Fobia Social e outros transtornos de ansiedade, uma boa dica é o livro "mentes com medo", da autora Ana Beatriz Silva.

Para conhecer mais sobre os mecanismos biológicos da ansiedade, uma boa pedida é o livro "cérebro: um guia para o usuário", de John Ratey.

Se você se interessou pela Terapia Cognitiva e pelos erros de pensamento que ocorrem nos transtornos mentais, é indispensável a leitura da obra "As 10 bobagens mas comuns que as pessoas inteligentes cometem", de Arthur Freeman e Rose DeWolf. Outra ótima pedida é o livro "Como lidar com as preocupações: Sete passos para impedir que elas paralisem você" de Robert Leahy,

Para saber mais sobre a hiperidrose e seu tratamento, visite o site: http://www.hiperidrose.com/hiperidrose.htm

Se desejar encontrar um terapeuta cognitivo-comportamental que trabalhe em sua cidade, visite o site da Sociedade Brasileira de Terapia Cognitiva (www.sbtc.org.br).

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Bibliografia Consultada

APA. American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-IV-TR. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2000).

Barlow, D. H. (1999). Manual clínico dos transtornos psicológicos. (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, A., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. (2. ed.). Porto Alegre: ArtMed. (Original Publicado em 2004).

Caballo, V. E. (2003). Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos.

Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. (2003). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. Behaviour Research and Therapy, 37(1), 5-27.

Cordioli, A. V. (2000). Psicofármacos: Consulta rápida. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Freeman, A., & DeWolf, R. (2006). As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem. Rio de Janeiro: Guarda Chuva.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2001).

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed (Original Publicado em 1995).

Hollander, E., & Simeon, D. (2004). Transtornos de ansiedade. Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2003).

Knapp, P. (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas.

McMullin, R. E. (2005). Manual de técnicas em terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed.

OMS. Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pinker, S. (1998). Como a mente funciona. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1997).

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Pinker, S. (2004). Tábula rasa: A negação contemporânea da natureza humana. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 2002)

Ratey, J. J. (2002). Cérebro: Um guia para o usuário. Rio de Janeiro: Objetiva. (Original publicado em 2001)

Salkovskis, P. M. (2005). Fronteiras da terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1996).

Schacter, D. L. (2003). Os sete pecados da memória: Como a mente esquece e lembra. Rio de Janeiro: Rocco.

Seligman, M. E. (2005). Aprenda a ser otimista. Rio de Janeiro: Nova Era.

Silva, A. B. (2006). Mentes com medo. Rio de Janeiro: Integrare.

Williams, J.M.G.; Watts, F.N.; Macleod, C. & Mathews, A. (1997) Cognitive Psychology and the Emotional Disorders. (2. ed.). Chichester: John Wiley & Sons.

Young, J. E. (2003). Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema. Porto Alegre: Artmed.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

GLOSSÁRIO

"Branco": Experiência subjetiva de completo esvaziamento da mente. É uma espécie de colapso que ocorre devido à intensa elevação da ansiedade frente a um pequeno esquecimento.

Abuso de substância: ocorre quando o indivíduo faz um uso nocivo de alguma droga, acarretando em problemas escolares, ocupacionais, interpessoais ou de saúde.

Adrenalina: também chamado de epinefrina, é um hormônio produzido pelas glândulas supra-renais quando o cérebro identifica uma ameaça. Ao ser liberado na corrente sangüínea, provoca aumento da freqüência cardíaca e respiratória, dilatação das pupilas e sudorese. Sua função é preparar o organismo para enfrentar o perigo.

Amígdala: Estrutura do cérebro responsável pela identificação do perigo e por disparar reações que deixem o organismo em estado de prontidão.

Ansiedade antecipatória (ou **expectativa apreensiva**): Ansiedade que o fóbico social sente só de se imaginar em uma situação de exposição.

Ansiedade: Emoção acompanhada por reações fisiológicas e comportamentais que tem como objetivo preparar o organismo para enfrentar o perigo

Antidepressivos: medicações que atuam restabelecendo o equilíbrio dos neurotransmissores em nosso cérebro. Embora possuam esse nome, estes psicofármacos também são utilizados para o tratamento da ansiedade. Os antidepressivos não causam dependência.

Assertividade: Forma de comunicação através da qual o indivíduo consegue se expressar de maneira empática, respeitando a pessoa do interlocutor

Ataque de pânico: Elevação súbita e incontrolável da ansiedade, acompanhada por terríveis sensações de morte ou desgraça iminentes

Atenção seletiva: uma tendência para prestar atenção em alguns estímulos e não em outros. Os fóbicos sociais têm uma atenção seletiva para sinais de ameaça social.

Benzodiazepínicos: Medicações que atuam no sistema nervo reduzindo a ansiedade. São também chamados de calmantes ou ansiolíticos. Devem ser usados com cautela, pois podem causar dependência.

Beta-bloqueador: Medicações anti-hipertensivas que impedem a ação da adrenalina, reduzindo os sintomas fisiológicos da ansiedade. Sua administração deve ser supervisionada por profissional qualificado, pois o uso indevido pode induzir à depressão e queda da pressão arterial.

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Bugalho: excrescência de forma arredondada que se forma em algumas espécies de árvores do gênero Quercus (carvalhos, sobreiros e azinheiras) na seqüência do depósito, num dos seus ramos, de um ovo de vespa. A vespa desenvolve-se e alimenta-se no interior do bugalho, onde passará por todas as fases das suas metamorfoses: larva, ninfa e inseto adulto. (definição retirada da enciclopédia livre Wikipedia - site http://pt.wikipedia.org/wiki/Bugalho)

CID: abreviação de "Classificação Internacional de Doenças". É uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua edição mais recente é a 10ª, publicada em 1993.

Comorbidade: termo utilizado para indicar a coexistência de transtornos ou doenças.

Complexo reptiliano: conjunto de estruturas localizadas na base do cérebro, responsáveis pelas funções de manutenção da vida (sono, respiração, fome, regulação da temperatura, etc.)

Comportamentos de segurança: Atitudes ou atos mentais que os fóbicos sociais utilizam para reduzir a ansiedade, garantir um bom desempenho e/ou evitar a desaprovação e a rejeição. Via de regra, os comportamentos de segurança perpetuam a Fobia Social

Córtex Cerebral: camada mais externa do cerérebro, associada com funções mentais superiores (pensamento abstrato, linguagem, etc.)

Crenças (ou **esquemas**): convicções que a pessoa acredita serem verdades e que influenciam suas emoções e seu comportamento. São suposições sobre a realidade, não fatos.

Dependência Química: ocorre quando a pessoa não consegue deixar de usar uma substância psicoativa devido aos sintomas de abstinência. Além disso, há sintomas de tolerância, ou seja, a pessoa precisa utilizar quantidades cada vez maiores da substância para obter os efeitos desejados

Depressão: Transtorno psiquiátrico caracterizado pelo humor persistentemente triste ou deprimido e/ou falta de interesse/prazer nas atividades cotidianas

Dessensibilização sistemática: Estratégia para vencer medos em geral, que consiste no estabelecimento de uma hierarquia de medos e uma exposição a cada um deles, começando por aquele menos intenso e finalizando pelo mais ameaçador.

Diagnóstico diferencial: ocorre quando um paciente apresenta um sintoma que é compartilhado por diferentes transtornos e o avaliador deve identificar qual é o transtorno que está presente

Diagnóstico multiaxial: Método de avaliação proposto pelo DSM através do qual o paciente é amplamente investigado. Existem 5 eixos de avaliação, quais sejam: I) transtornos

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

clínicos psiquiátricos, II) transtornos de personalidade e retardo mental, III) doenças orgânicas, IV) estressores psicossociais e V) avaliação global do funcionamento

DSM: abreviação de "Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais". É uma publicação da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Sua edição mais recente é a 4ª - Texto Revisado – publicada em 2000.

Especificidade Cognitiva: pressuposto da Terapia Cognitiva que afirma que cada transtorno mental possui padrões característicos de pensamento.

Etiologia: Estudo dos fatores responsáveis pela origem das doenças

Fobia Social: Transtorno psiquiátrico caracterizado pelo medo excessivo avaliação negativa de outras pessoas e pela evitação de situações de exposição social.

Habituação: Fenômeno no qual um estímulo deixa de nos parecer ameaçador após sucessivas exposições a ele

Hiperidrose: Doença inofensiva caracterizada pelo suor excessivo decorrente da hiperatividade das glândulas sudoríparas.

Limiar de ansiedade: intensidade de uma situação necessária para desencadear uma resposta de ansiedade.

Luta, fuga e congelamento: Diferentes reações que o organismo pode apresentar para lidar com o perigo.

Manutenção da exposição: Técnica que objetiva manter o limiar de ansiedade num nível ótimo (que mantenha o indivíduo assintomático). Nesta técnica, o terapeuta estimula seu paciente a continuar com o processo de exposição, mesmo que o indivíduo não tenha uma necessidade concreta imediata.

Medo condicionado: processo através do qual aprendemos a sentir medo de um estímulo que, em princípio, é inofensivo.

Modelagem: processo através do qual aprendemos a partir da observação do comportamento de outras pessoas.

Neurotransmissores: Substâncias responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos de um neurônio para o outro. São muito importantes na regulação do nosso humor e emoções.

Prevenção à recaída: Técnica da Terapia Cognitiva através da qual paciente e terapeuta identificam possíveis situações futuras que possam provocar o reaparecimento dos sintomas e formulam estratégias concretas para enfrentá-las.

Princípio da reciprocidade: Princípio que rege as relações humanas: Nossa postura frente à outra pessoa tende a ser um reflexo da postura que ela apresenta conosco (a recíproca também é verdadeira).

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

Prognóstico: Expectativa acerca da evolução de determinado transtorno, feita a partir de um diagnóstico.

Psicoterapia: tratamento dos transtornos mentais através de métodos psicológicos

Reestruturação Cognitiva: Estratégia da Terapia Cognitiva que busca substituir as crenças disfuncionais do paciente por crenças mais adaptativas.

Refratário: Transtorno que possui menor benefício com as intervenções terapêuticas, geralmente necessitando tratamentos mais longos

Seleção Natural: Processo central na evolução das espécies, através do qual o ambiente seleciona as características dos membros segundo seu potencial adaptativo

Simpatectomia: Cirurgia torácica de combate à hiperidrose, na qual são destruídos os nervos responsáveis pela ativação das glândulas sudoríparas que produzem suor em excesso. A operação ocorre sob anestesia geral e requer internação hospitalar.

Sistema límbico: conjunto de estruturas do cérebro envolvidas na emoção, aprendizagem e memória.

Sociabilidade: Desejo da pessoa de relacionar-se com seus semelhantes e estabelecer vínculos significativos.

Terapia Cognitiva: Abordagem de psicoterapia que atribui grande importância à maneira como as pessoas pensam. A Terapia Cognitiva leva os pacientes a mudarem suas emoções e comportamentos disfuncionais por meio de uma mudança em seus pensamentos.

Tratamentos combinados: associação entre tratamento psicoterápico e farmacológico.

Tríade Cognitiva: Visão que a pessoa possui sobre si mesma, sobre os outros e sobre o futuro

Tronco encefálico: Área primitiva do cérebro, responsável pela manutenção das funções vitais e regulação do movimento

Vulnerabilidade Biológica: predisposição genética à inibição, que facilita o aparecimento da Fobia Social.

Vulnerabilidade Psicológica: Crenças disfuncionais sobre si mesmo, sobre os outros e sobre os padrões de desempenho que predispõem o indivíduo a desenvolver Fobia Social

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com



Se você já conhece toda qualidade dos materiais gratuitos disponíveis em www.tccparatodos.com, mas quer ainda mais conteúdo para consolidar-se como uma referência em Terapia Cognitiva, torne-se um associado do portal. Confira as vantagens:

Sendo um associado, você...

...não precisará mais fazer fotocópias dos instrumentos que utiliza com seus pacientes. Além do conforto de você mesmo imprimir os instrumentos que for utilizar, você **evitará o risco de transmitir uma imagem de falta de profissionalismo** por usar material fotocopiado;

...estará sempre a par de novas ideias em termos de **estratégias para manejar pacientes refratários** às intervenções padrão;

...poderá personalizar os cabeçalhos e rodapés dos instrumentos com seus dados pessoais e de contato, tornando simples escalas e formulários em verdadeiras **ferramentas de divulgação gratuita** do seu trabalho, além de contribuir para **construção de sua imagem profissional marcada pela credibilidade**;

...conhecerá **exemplos reais de cartões de enfrentamento** / registros produzidos em sessões regulares de Terapia Cognitiva, tendo assim parâmetros mais concretos para a hora em que for realizar estes registros com seus pacientes;

...terá sempre à disposição uma extensa bibliografia para aprofundar seus conhecimentos sobre Terapia Cognitiva e áreas afins. Essa grande abrangência de literatura foi cuidadosamente selecionada com base nos mais de 10 anos de minha experiência clínica e docente, e será especialmente relevante nas inevitáveis situações em que você tiver que encontrar **recursos para lidar com casos atípicos**;

...aprenderá, por meio de vídeos passo-a-passo que você pode assistir quantas vezes quiser, a fazer versões on-line dos instrumentos mais utilizados, aumentando as chances de

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com

engajamento na realização dos registros por parte daqueles pacientes resistentes ao tradicional papel-e-lápis. Como benefício adicional, **nunca mais haverá o problema do paciente esquecer de trazer a tarefa** realizada;

...terá a oportunidade de aprofundar-se nos temas discutidos no Terapia Cognitiva Podcast, por meio do acesso às referências que serviram de base para elaboração do episódio. Além disso, você poderá **baixar o MP3 das entrevistas com os maiores especialistas em Terapia Cognitiva do Brasil**, para escutar quando e onde quiser;

...não precisará quebrar a cabeça para fazer as contas para montar e manter seu consultório. A matemática pronta das planilhas garantirá a justiça nos acertos de final de mês e **prevenirá desentendimentos com os colegas** de consultório;

...e **NÃO ESQUEÇA**: se você efetuar sua associação e os conteúdos oferecidos não satisfizerem suas expectativas, você tem 14 dias para cancelar sua inscrição e receber 110% do seu dinheiro de volta. Sem perguntas. Sem tentativas de dissuadi-lo.
Satisfação 110% garantida!

Não perca tempo! Click agora mesmo em:

http://www.tccparatodos.com/#!associados/cpg5

(ou copie o endereço em seu navegador caso o link esteja desativado)

Proibida a distribuição deste material. Aqueles que o desejarem devem solicitar sua cópia gratuita no site www.tccparatodos.com. Em caso de dúvida, escreva para tccparatodos@gmail.com