

Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva

Treatment of the non-generalized social phobia by in vivo exposure and cognitive restructuring

GUSTAVO J. FONSECA D'EL REY¹
CARLA ALESSANDRA PACINI²

Resumo

A fobia social é um grave transtorno de ansiedade que traz incapacitação e sofrimento. Apresentamos um relato de caso de uma mulher de 26 anos com diagnóstico de fobia social circunscrita (medo severo de assinar seu nome em público) com três anos de duração, que foi tratada em oito semanas, usando-se a exposição ao vivo e a reestruturação cognitiva. O progresso do tratamento foi mantido em diversas áreas de sua vida e no *follow-up* de seis meses.

Palavras-chave: Fobia social, tratamento, exposição, reestruturação cognitiva.

Abstract

Social phobia is a severe anxiety disorder that brings disability and distress. We present a case report of a 26 year-old woman with a diagnosis of non-generalized social phobia (severe fear of signing her name in public) with 3 years of duration. She was treated in 8 weeks with in vivo exposure and cognitive restructuring. The treatment progress was maintained in all measures at the 6-month follow-up.

Key words: Social phobia, treatment, exposure, cognitive restructuring.

Introdução

A fobia social é um transtorno ansioso de evolução crônica, além de ser reconhecida como passível de acarretar prejuízos graves em diferentes áreas da vida do indivíduo, como trabalho, escolaridade, atividades sociais etc. (Schneier *et al.*, 1994). Os pesquisadores subdividem o

transtorno em tipo generalizado (maioria das situações sociais) e tipo circunscrito (Kessler *et al.*, 1998).

Dentre os medos apresentados pelos pacientes fóbico-sociais, está o medo de escrever em público. Foi relatada a prevalência ao longo da vida para este medo na população geral de 6,4% (Kessler *et al.*, 1998).

Dos tratamentos psicológicos, a terapia cognitivo-comportamental é a que vem recebendo maior atenção

Recebido: 23/02/2005 - Aceito: 11/04/2005

1 Psicólogo clínico. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Aprimoramento em Psicopatologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu (USJT).

2 Pedagoga, Especialista em Administração Escolar pela Faculdade Campos Salles.

Endereço para correspondência: Gustavo D'El Rey. Rua Bom Jesus, 274-B - 03344-000 - São Paulo - SP. E-mail: g.delrey@bol.com.br

dos pesquisadores e clínicos no tratamento da fobia social, pois esta forma de psicoterapia mostrou-se eficaz e com efeitos terapêuticos duradouros (Lincoln *et al.* 2003; Otto, 1999; Dyck, 1996; Butler *et al.*, 1984). Outras formas de terapias psicológicas foram testadas, porém, nenhuma delas alcançou os resultados que a terapia cognitivo-comportamental alcançou na remissão do quadro fóbico social (Heimberg, 2001).

A técnica de exposição ao vivo implica no confronto direto e graduado aos objetos ou situações temidas e, na maioria das vezes, não se utiliza uma técnica de relaxamento. Esta técnica é aplicada segundo o fundamento de que a ansiedade é uma resposta condicionada, que tende a diminuir através da habituação durante a exposição sistemática aos estímulos temidos (Butler *et al.*, 1984).

Na reestruturação cognitiva, os pacientes com fobia social são ensinados a identificar as cognições disfuncionais, fazer o teste da realidade e corrigir os conteúdos distorcidos. Basicamente, as estratégias de reestruturação cognitiva objetivam ensinar ao paciente as seguintes modificações: observação e controle dos pensamentos irracionais e negativos, exame das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos e correção das interpretações tendenciosas por interpretações calcadas na realidade (Beck, 1997; Taylor *et al.*, 1997).

A exposição ao vivo e a reestruturação cognitiva mostraram-se eficazes no tratamento do medo de escrever em público (Powel, 2004; Biran *et al.*, 1981; Cornelio *et al.*, 1980).

Relato de caso

A paciente era uma mulher casada, de 26 anos de idade, sem filhos e que trabalhava como secretária. Seu problema consistia no medo grave de assinar seu nome diante de outras pessoas. A dificuldade teve início três anos antes de buscar tratamento.

Dois meses após estar trabalhando em um novo emprego (atual), ela entrou em uma grande loja para comprar um presente para seu marido. Durante o pagamento do presente, ao assinar seu cheque (um evento que antes causava somente uma leve ansiedade) sua mão começou a tremer muito e ela começou a suar. Estes sintomas aumentaram em intensidade e ela teve a sensação de que as outras pessoas próximas ao caixa estavam percebendo seu nervosismo. Ela tentou preencher quatro cheques, porém, não conseguiu, em virtude disso, tornou-se extremamente ansiosa e experienciou um ataque de pânico, saindo da loja sem o presente.

Depois deste incidente na loja, a paciente tornou-se muito ansiosa ao ter de escrever seu nome diante de outras pessoas e começou, conseqüentemente, a evitar tais situações. Por exemplo, ela parou de usar cheques e usava somente dinheiro. Se comprasse um artigo errado

em uma loja, ela não tentava trocá-lo, pois isto poderia envolver o ato de ter que preencher um formulário para troca. Em casa, sempre que precisava assinar algo, seu marido assinava por ela. No trabalho, uma colega sua assinava todos os papéis que deveriam ser assinados (entregas de processos, encomendas etc.). A esquivia dessas situações manteve seu quadro fóbico através de reforço negativo. Com o passar do tempo, começou a sentir-se cada vez mais triste e desmoralizada por seu problema. Após três anos do início do medo, ela solicitou a seu clínico geral que a encaminhasse para um tratamento. Foi encaminhada a uma clínica para tratamento cognitivo-comportamental. Durante a avaliação inicial, foi feito o diagnóstico de fobia social circunscrita (medo grave de assinar seu nome diante de outras pessoas). O objetivo do tratamento era fazer com que a paciente assinasse seu nome em qualquer lugar, principalmente em lojas e na presença de outras pessoas, conhecidas ou desconhecidas.

Em relação ao quadro fóbico social circunscrito apresentado pela paciente, considerou-se importante que o tratamento devesse incluir dois componentes: a exposição ao vivo para fazer com que ela deixasse de se sentir ansiosa nas situações temidas e conseqüentemente não as evitasse mais e a reestruturação cognitiva que visou ensinar à paciente uma visão mais realista das situações que lhe deixavam ansiosa, fazendo com que aprendesse uma forma mais racional de pensar sobre o medo de escrever seu nome diante de outras pessoas, como descrito no tratamento de um caso semelhante apresentado por Biran *et al.* (1981).

Exposição ao vivo

O terapeuta (primeiro autor) e a paciente trabalharam juntos na construção de uma hierarquia de exposição com nove situações estressantes que envolviam assinar seu nome, onde a paciente avaliou em uma escala de nove pontos a ansiedade subjetiva de cada item da hierarquia: (1) assinar seu nome em casa sozinha; (2) assinar seu nome diante de seu marido; (3) assinar seu nome no escritório sozinha, não eliciavam nenhuma ansiedade; (4) assinar seu nome no escritório diante de uma colega; (5) assinar seu nome no escritório diante de seu chefe; (6) assinar seu nome na clínica diante do terapeuta; (7) assinar seu nome na frente de desconhecidos; (8) assinar na frente de um vendedor em uma loja sem nenhuma pessoa por perto; e (9) assinar seu nome em uma loja diante do vendedor e de diversas pessoas próximas, eliciavam graus crescentes de ansiedade. Esta hierarquia de nove itens formou a base do programa de tratamento.

Para a primeira sessão de tratamento, depois de uma explicação sobre os procedimentos que seriam usados na terapia, foi solicitado à paciente que assinasse seu nome o maior número de vezes possível em casa, no trabalho e nas lojas de um shopping. Foi também solicitado que ela mantivesse um diário em

que anotaria todas as ocasiões em que assinou documentos ou cheques, junto com o número de pessoas presentes e os sentimentos e pensamentos que acompanhavam o comportamento de assinar seu nome. As assinaturas realizadas em casa não eliciaram nenhuma ansiedade (semana 1 de tratamento).

O estágio seguinte do tratamento (semana 2) envolvia que a paciente assinasse seu nome na sala de espera da clínica, primeiramente sozinha no recinto e posteriormente com outros pacientes presentes. Como tarefa nesta semana, a paciente foi instruída a escrever repetidamente seu nome diante de uma colega em seu local de trabalho.

Depois que completou com sucesso as tarefas relatadas anteriormente, o terapeuta acompanhou a paciente em duas ocasiões distintas e a incentivou a fazer diversas compras, pagando as mesmas em cheque (semana 3). No estágio seguinte do tratamento, a paciente foi instruída a assinar seu nome em cheques em diversos locais de um grande shopping (lojas, praça de alimentação etc.), acompanhada por uma amiga ou seu marido e posteriormente deveria realizar as mesmas tarefas desacompanhada (semanas 4 a 8).

Durante todo o tratamento foram dadas instruções específicas para a paciente não evitar as situações onde poderia assinar seu nome. Por exemplo, se seu marido fosse comprar alguma coisa junto com ela, a paciente deveria pagar as compras com cheque e não seu marido. No trabalho, ela deveria candidatar-se a receber os documentos que chegassem, para poder assinar os protocolos de recebimentos etc.

Reestruturação cognitiva

Durante as práticas comportamentais de assinaturas, a paciente expressou continuamente preocupações acentuadas a respeito de sua escrita e da falta da similaridade entre sua assinatura no cheque e a assinatura em sua ficha de cliente no banco em que tinha conta.

A seguir, estão alguns exemplos dos pensamentos negativos expressados durante as ocasiões em que tinha que assinar seu nome: “Minha letra não dá para ser entendida”; “Minha mão está começando a tremer”; “Minha assinatura não será reconhecida no pagamento de meu cheque pelo banco”. Estes pensamentos pareciam estar ligados a medo de longa duração de avaliação negativa por parte de outras pessoas.

Durante as sessões de terapia, foi trabalhado com a paciente para que ela começasse a identificar estes pensamentos negativos. Para este fim, utilizou-se o questionamento de pensamentos automáticos descrito por Beck (1997), ou seja, ensinou-se à paciente a procurar evidências favoráveis e em contrário a seus pensamentos nas situações em que tinha que escrever seu nome; a procurar uma explicação alternativa; e substituir estes pensamentos desadaptativos por outros mais positivos e adaptativos. Por exemplo: “Eu sempre assinei em meu trabalho e meu chefe nunca recla-

rou”; “É muito improvável que minha assinatura não seja reconhecida, mas em qualquer caso eu tenho como provar quem eu sou”.

Follow-up

Depois da realização bem sucedida de todas as tarefas comportamentais, foi solicitado à paciente para continuar suas tarefas de exposição, sem nunca evitá-las. Foi marcada nova avaliação após seis meses da alta do tratamento para verificar se a melhora do quadro fóbico se mantinha.

Medidas de avaliação

Teste de aproximação comportamental

A hierarquia descrita consistiu de nove tarefas de situações crescentes. Ela foi usada como procedimento de avaliação antes, durante e após o tratamento. Optamos que os escores do teste de aproximação seriam o mesmo número de tarefas da hierarquia. Conseqüentemente, era possível obter um escore máximo de nove pontos neste teste.

Escala de problemas e objetivos (Gelder e Marks apud Ito e Ramos, 1998)

Dois medos e/ou fobias são descritos como problemas principais a serem enfocados durante o tratamento. Cada um é avaliado em escala de 0 a 8, em relação ao grau de esquiva fóbica, a soma dos dois resulta em escore total de 0 a 16 (0 = não evita, 4 = evita pouco, 8 = evita moderadamente, 12 = evita acentuadamente e 16 = evita sempre) e em relação à intensidade do medo, com a soma dos dois medos produzindo um escore total que varia de 0 a 16 (0 = sem medo, 4 = pouco medo, 8 = medo moderado, 12 = medo acentuado e 16 = medo extremo). A escala pode ser preenchida pelo próprio paciente após explicação. Em nosso estudo, optamos por uma alteração neste instrumento, pois a paciente em questão apresentava apenas um problema a ser tratado (medo de escrever seu nome em público). A escala de esquiva fóbica variou de 0 a 8 (0 = não evita, 2 = evita pouco, 4 = evita moderadamente, 6 = evita acentuadamente e 8 = evita sempre), e a escala de medo também variou de 0 a 8 (0 = sem medo, 2 = pouco medo, 4 = medo moderado, 6 = medo acentuado e 8 = medo extremo).

Resultados do tratamento

Um rápido progresso foi conseguido neste caso. A paciente seguiu todas as instruções terapêuticas e manteve um registro completo de seu progresso. Na terceira semana de tratamento, ela era capaz de realizar a tarefa mais difícil na hierarquia previamente construída, quando acompanhada pelo terapeuta. Ao

final da oitava semana, ela era capaz de assinar seu nome em grandes lojas na presença de várias pessoas, conhecidas ou desconhecidas e sem o terapeuta ou seu marido, ou seja, ela alcançou o objetivo elaborado no início da terapia. Apenas níveis suaves de ansiedade eram experienciados ao final do tratamento.

O gráfico 1 mostra os escores para o teste de aproximação comportamental no início, durante o tratamento e no *follow-up* de seis meses. Estes escores foram baseados na observação do terapeuta, no próprio relato da paciente e nos registros do diário mantido por ela. Como pode ser visto neste gráfico, a paciente pôde terminar todas as tarefas da hierarquia (tarefas 1 a 9) quando acompanhada pelo terapeuta (terceira semana de tratamento). Nas semanas restantes do tratamento, o terapeuta concentrou-se em incentivar a paciente a realizar as tarefas sozinha.

Os escores obtidos nas subescalas de esquiva e de medo da escala de problemas e objetivos estão indicados nos gráficos 2 e 3, no início do tratamento, durante o tratamento e no *follow-up* de seis meses.

É importante notar que embora no *follow-up* de seis meses a paciente continuasse a assinar seu nome no trabalho, em lojas, no banco etc., ela relatou que alguns pensamentos negativos, ligados a situações de assinar seu nome, ainda persistiam. Técnicas extras de reestruturação cognitiva foram empregadas para combater estes pensamentos negativos que ainda persistiam no *follow-up* de seis meses.

Discussão

Um caso incapacitante de fobia social circunscrita (medo de escrever em público) de três anos de duração foi descrito com rápido progresso, em um curto período de oito semanas de tratamento. A paciente alcançou todos os objetivos do tratamento comportamental neste período e estes objetivos foram mantidos no *follow-up* de seis meses. Essas melhoras significativas foram observadas através do teste de aproximação comportamental e da escala de problemas e objetivos, esses dados são compatíveis com a afirmação de Marks (1979), de que fobias de natureza circunscrita geralmente respondem rapidamente ao tratamento comportamental. A estruturação das sessões de terapia contribuiu para o sucesso do tratamento nesse caso, pois desta forma, tanto o terapeuta como a paciente, podiam ter clara noção do andamento da terapia, como relatam D'El Rey e Montiel (2002).

É difícil verificar as reais contribuições de cada técnica em particular empregada nesse caso. Entretanto, à melhora rápida nas avaliações (teste de aproximação e escala de problemas e objetivos) segue-se a uma experiência bem sucedida da exposição quando a paciente tinha recebido uma prática mínima em reestruturação cognitiva, sugerindo, dessa maneira, que a exposição ao vivo foi o componente principal

Gráfico 1. Escore do teste comportamental de aproximação nas oito semanas e *follow-up*

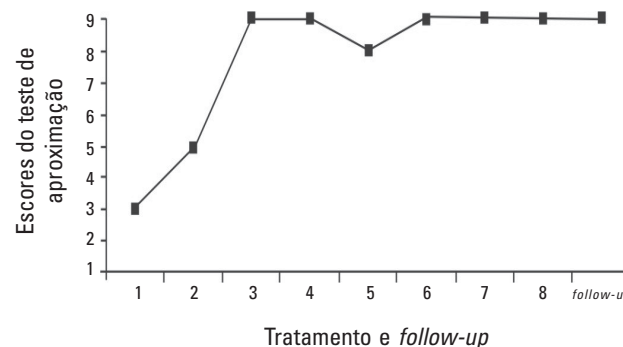


Gráfico 2. Subescala de esquiva.

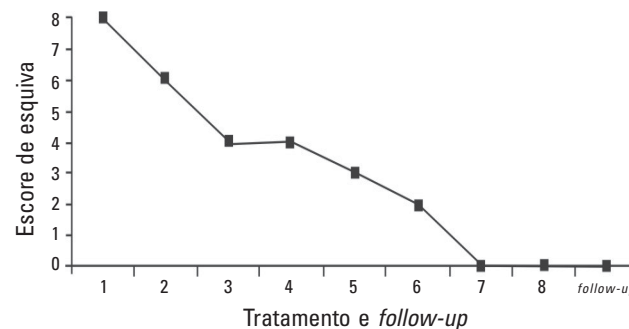
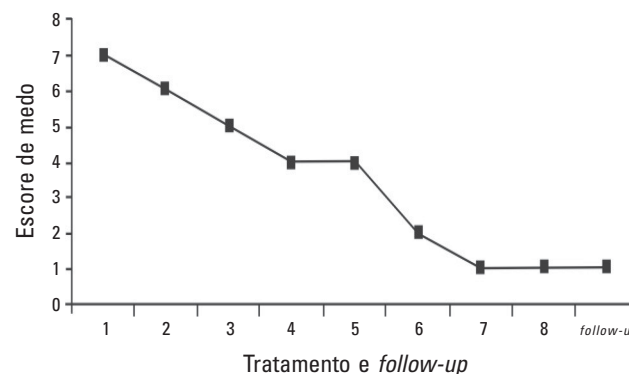


Gráfico 3. Subescala de medo.



do tratamento. O presente estudo corrobora a afirmação de Powel (2004); Biran *et al.* (1981); Cornelio *et al.* (1980) de que a exposição ao vivo e a reestruturação cognitiva são eficazes no tratamento do medo de escrever em público.

Entretanto, em vários pontos do tratamento foi necessário incentivar a paciente a adotar um estilo

mais “positivo” e “racional” de pensar, a fim de fazer com que ela não evitasse as situações temidas. Esse fato corrobora as colocações de Lincoln *et al.* (2003); Taylor *et al.* (1997); Mattick e Peters (1988), de que os pacientes com fobia social apresentam alta gama de pensamentos negativos a respeito da avaliação que possam estar sofrendo por parte de outras pessoas,

esse aspecto tem que ser levado em conta no tratamento da fobia social para um melhor resultado.

A conclusão bem sucedida das tarefas terapêuticas e a manutenção dos ganhos conseguidos podem conseqüentemente depender, em alguma extensão, da adequação da estratégia terapêutica em lidar com estes pensamentos negativos.

Referências bibliográficas

- BECK, J.S. - *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BIRAN, M.; AUGUSTO, F.; WILSON, G.T. - In vivo exposure and cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behaviour Research and Therapy* 19:525-32, 1981.
- BUTLER, G.; CULLINGTON, A.; MUNBY, M.; AMIES, P.; GELDER, M. - Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 52:642-50, 1984.
- CORNELIO, R.; LEVINE, B.; WOLPE, J. - The treatment of handwriting anxiety by an in vivo desensitisation procedure. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry* 11:45-7, 1980.
- D'EL REY, G.J.F.; MONTIEL, J.M. - Estrutura e forma da consulta em terapia cognitivo-comportamental. *Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão* 8: 80-2, 2002.
- DYCK, R. - Non-drug treatment for social phobia. *International Clinical Psychopharmacology* 11:65-70, 1996.
- HEIMBERG, R.G. - Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 62:36-42, 2001.
- ITO, L.M.; RAMOS, R.T. - Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica* 25:294-302, 1998.
- KESSLER, R.C.; STEIN, M.B.; BERGLUND, P. - Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry* 155:613-9, 1998.
- LINCOLN, T.M.; RIEF, W.; HAHLEWEG, K. *et al.* - Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy* 41:1251-69, 2003.
- MARKS, I.M. - The cure and care of neurosis. *Psychological Medicine* 9:629-60, 1979.
- MATTICK, R.P.; PETERS, L. - Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 56:251-60, 1988.
- OTTO, M.W. - Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: model, methods and outcome. *Journal of Clinical Psychiatry* 60:14-19, 1999.
- POWEL, D.H. - Treating individuals with debilitating performance anxiety: an introduction. *Journal of Clinical Psychology* 60:801-08, 2004.
- SCHNEIER, F.R.; HECKELMAN, L.R.; GARFINKEL, R. *et al.* - Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry* 55: 322-31, 1994.
- TAYLOR, S.; WOODY, S. KOCH, W.J. *et al.* - Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: efficacy and mode of action. *Behaviour Modification* 21:48